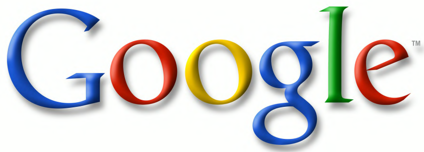
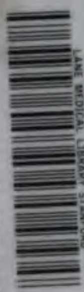



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0163 9344


LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LEVI COOPER LANE FUND



LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR :

Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme. Thèse inaugurale, 1861.

De la coxalgie. Thèse d'agrégation, 1863.

Leçons sur les hernies abdominales, professées à la Faculté de médecine par le professeur Gosselin, recueillies, rédigées et publiées par le docteur Léon Labbé, 1865.

Mémoire sur la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI).

Rapport sur les progrès de la chirurgie française, par Félix Guyon et Léon Labbé, in-8 de 768 pages. Imprimerie impériale, 1867.

Étude anatomo-pathologique de trois cas de névromes, par MM. Léon Labbé et Charles Legros (*Journal d'anat. et de phys. de Charles Robin*, mars 1870).

Sur l'action combinée de la morphine et du chloroforme (Note lue à l'Institut par MM. Labbé et Goujon, 1872).

De l'emploi de la galvano-caustique thermique dans le traitement des tumeurs épithéliales du col de l'utérus (Extrait des *Annales de gynécologie*, mars et juin 1874).

Traité des tumeurs bénignes du sein, par MM. Léon Labbé et Paul Coyne. G. Masson, éditeur, 1876.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL DES CLINIQUES

PAR

LÉON LABBÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE ET ANCIEN SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE RIO-JANEIRO,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

RECUEILLIES, RÉDIGÉES ET PUBLIÉES



ÉMMANUEL BOURDON

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

REVUES PAR LE PROFESSEUR

AVEC UNE PLANCHE



PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1876

AVANT-PROPOS

Les leçons que je publie aujourd'hui ont été faites à l'Hôpital des cliniques alors que je suppléais M. le professeur Richet.

Un de mes élèves, M. le docteur Emmanuel Bourdon, mon interne à ce moment, les a recueillies et rédigées avec un soin tout particulier; je tiens à l'en remercier publiquement.

Si ces leçons ont tardé à paraître, ce n'est pas que leur rédaction ne fût prête depuis longtemps, mais plusieurs circonstances et plus particulièrement les préoccupations que me donnaient d'autres travaux ont interrompu, à plusieurs reprises, la révision que j'en faisais.

L'époque où elles ont été rédigées explique comment je n'ai pu tenir compte de travaux fort estimables relatifs à quelques-unes des questions dont je me suis occupé. Dans quelques leçons qui étaient déjà imprimées, j'aurais eu en effet à signaler, par exemple, les modifications apportées par mon collègue M. Lannelongue au traitement de *quelques fistules vésico-vaginales*. J'aurais dû aussi analyser longuement l'important mémoire publié par MM. Péan et Urdy sur l'*hystérotomie*. Je l'aurais fait d'autant plus volontiers, que malgré l'ostracisme dont

l'ont frappée plusieurs chirurgiens, je considère l'opération de l'*hystérotomie abdominale* comme une importante conquête chirurgicale. Je me serais en outre plus étendu sur certaines applications du *galvano-cautère*, qui me sont devenues plus familières.

Je ne veux pas dire par là que dans les différents sujets étudiés dans ce livre j'aie la prétention de citer tous les travaux parus sur la matière. La nature de ce travail n'entraîne nullement la nécessité d'une pareille rigueur historique, que je regarderais comme indispensable dans un ouvrage purement didactique.

Ces réserves faites, j'espère que, malgré le retard apporté à leur publication, ces leçons pourront présenter quelque utilité. Elles n'ont d'ailleurs d'autre prétention que de fournir les renseignements cliniques les plus importants relativement aux divers points dont j'ai abordé l'étude.

30 novembre 1875.

Léon LABBÉ.

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PREMIÈRE LEÇON

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

MESSIEURS,

Les rétrécissements de l'urèthre, par leur fréquence et leur gravité, constituent une des plus intéressantes questions qui aient de tous temps préoccupé les chirurgiens ; la multiplicité des méthodes de traitement successivement proposées pour rendre au canal son calibre normal, nous force à faire un choix parmi elles ; je me félicite donc d'avoir pu réunir dans mes salles deux malades qui me permettront de vous parler à la fois et des rétrécissements eux-mêmes et des opérations qui leur conviennent.

Je ne crains pas d'aborder un sujet qui sans doute vous est déjà familier, car son importance doit vous faire prévoir qu'il est de ceux qu'on n'épuise pas. On a écrit des volumes sur les maladies des voies urinaires, et l'on peut dire qu'il n'est pas de terrain scientifique qui ait été plus exploré, mais il y a des questions qu'on ne saurait trop remettre à l'étude et sur lesquelles les discussions sont intarissables. Mon intention n'est pas de me livrer devant

vous à un examen critique approfondi des théories et des procédés opératoires, je veux cependant vous exposer les convictions qui dérivent de mon expérience personnelle, et vous fournir les notions scientifiques qu'il me paraît indispensable que vous possédiez avant d'aborder en praticiens la thérapeutique des rétrécissements.

URÉTHROTOMIE EXTERNE

Rupture de l'urèthre. — Rétrécissement cicatriciel infranchissable. — Ponction hypogastrique. — Fistules hypogastrique et périnéales. — Uréthrotomie externe sans conducteur.

Messieurs,

Le malade qui est couché au n° 29 de notre salle nous raconte que le 18 décembre 1870, étant de grand'garde à Charenton, il fut atteint du même coup par plusieurs éclats d'obus qui le frappèrent en divers endroits et notamment à la partie inférieure de la région sacrée, aux deux hanches et au périnée. Ces éclats déchirèrent ses vêtements et lui firent des plaies superficielles, mais assez larges, dont il porte aujourd'hui les cicatrices. Immédiatement après l'accident il fut transporté à l'hôpital de Vincennes, où l'on ne s'aperçut de la blessure du périnée que quand le malade, deux heures environ après son arrivée, fut pris du besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire. On essaya de pratiquer le cathétérisme sans réussir à faire pénétrer la sonde dans la vessie, et ces tentatives déterminèrent un écoulement notable de sang par l'urèthre; les jours suivants, une ecchymose s'étendit à la région des bourses, au périnée et à la partie supérieure et interne des cuisses.

Sans aucun doute, le cathétérisme était impossible, et après avoir pendant trois jours fait de nouveaux essais qui tous furent infructueux, on se décida à pratiquer la ponction vésicale hypogastrique avec le trocart ordinaire; on fit ensuite sur le scrotum notablement tuméfié des incisions qui ne donnèrent issue qu'à du sang et se cicatrisèrent promptement.

Dans un cas analogue que j'ai observé à l'ambulance des Arts-et-Métiers, je rencontrai les mêmes difficultés de cathétérisme, et, malgré des essais répétés, je ne pus arriver à introduire la sonde dans la vessie; le canal avait été rompu et mes efforts n'aboutirent qu'à faire perdre au malade une certaine quantité de sang. Il faut bien savoir que dans de pareilles circonstances, on doit se garder de continuer des tentatives qui ne peuvent qu'être vaines et dangereuses, lorsque le canal de l'urèthre est déchiré et froncé sur lui-même. C'est dans ces cas qu'une intervention chirurgicale mal entendue peut avoir des conséquences funestes. Je n'insistai donc pas et pratiquai immédiatement, sur la portion membraneuse, une boutonnière qui permit au malade d'uriner; je fus assez heureux pour rétablir plus tard la continuité du canal, et le malade guérit.

Dans un autre cas qui offrait quelque analogie avec celui que vous avez sous les yeux, je fus obligé d'avoir recours à la ponction hypogastrique, mais au lieu d'employer un trocart volumineux et d'être forcé de laisser à demeure une canule dont le séjour dans les tissus n'est pas sans inconvénient, je fis la ponction avec une fine aiguille de l'aspirateur de M. Dieulafoy. La ponction dut être renouvelée les jours suivants, car les désordres de la région périnéale étaient si grands que l'on ne pouvait retrouver,

au milieu de tissus contus et gangrenés, le bout postérieur de l'urèthre.

Mais revenons au malade dont nous nous occupons aujourd'hui. Ce malheureux conserva pendant vingt et un jours dans la vessie une sonde d'argent en guise de canule, et le vingt-quatrième jour après l'accident, vers le 11 janvier, la sonde, mal maintenue sans doute, sortit de la plaie pendant la nuit sans que le malade s'en aperçût.

Il est en effet indispensable de fixer la canule après la ponction de la vessie; car il suffit d'un temps très-court pour que l'orifice fistuleux se rétrécisse, revienne sur lui-même, et l'on éprouve ensuite une très-grande difficulté à remettre en place une nouvelle canule d'un même calibre; souvent même cette substitution est impossible si on ne la fait pas mmédiatement.

Chez notre malade, on ne put réintroduire la sonde d'argent et l'on fut obligé de la remplacer par une sonde de gomme élastique d'un diamètre notablement plus petit, qui ne permit plus à l'urine de s'écouler en assez grande quantité et devint une cause de demi-rétention.

Peu de jours après cet incident, il se forma au périnée une tumeur qui atteignit bientôt le volume d'une noix et devint douloureuse, puis fluctuante. Le médecin l'ouvrit le 17 janvier, et l'incision donna issue à de l'urine mêlée de pus. Depuis lors, le malade urina presque exclusivement par cet orifice, qui devint fistuleux; la plaie de l'hypogastre ne fut plus traversée que par quelques gouttes d'urine et elle tendit de plus en plus vers la cicatrisation; au commencement du mois d'août, elle ne permettait l'introduction que d'une bougie très-fine.

Un mois après l'ouverture du premier abcès, il s'en développa un nouveau un peu au-dessus et en dehors du

premier ; le médecin l'incisa et la nouvelle plaie devint également fistuleuse. Le malade rendait dès lors ses urines par les fistules périnéales surtout et un peu par la fistule hypogastrique ; quelques gouttes s'échappèrent cependant vers cette époque par le méat urinaire, l'oblitération du canal de l'urèthre n'était donc pas complète ; malheureusement la quantité d'urine qui pouvait franchir le rétrécissement diminua de jour en jour au lieu d'augmenter, et, quant à la fistule hypogastrique, son trajet se rétrécit progressivement ; à présent il ne passe plus par cette voie la moindre goutte de liquide.

Voici, Messieurs, quel est aujourd'hui l'état dans lequel se trouve le malade : l'espace qui s'étend de la racine des bourses à 2 centimètres en avant de l'anus, c'est-à-dire la presque totalité de la région périnéale antérieure, est occupé par une masse de tissus indurés, rouges, faisant un relief d'au moins 2 centimètres à sa partie la plus saillante ; ces tissus ont une consistance ferme et un peu élastique. Deux orifices fistuleux existent l'un à 6 centimètres, l'autre à 8 centimètres de l'anus et se trouvent situés un peu à droite du raphé. Les trajets par lesquels le malade expulse la presque totalité de son urine sont étroits et n'admettent guère qu'un stylet de trousse ordinaire ; la fistule hypogastrique persiste, mais ne donne lieu qu'à l'écoulement de quelques gouttes de pus, toutefois, je ne serais pas étonné si l'urine s'échappait un jour par cette voie qui joue en quelque sorte ici le rôle de soupape de sûreté ; tant qu'elle n'est pas fermée, elle peut servir momentanément au passage des urines, et il est fréquent de voir les conduits de ce genre s'ouvrir et se boucher alternativement selon qu'un chemin plus facile à suivre est libre ou obstrué pour une cause quelconque.

Si j'introduis un stylet dans les fistules périnéales, je suis obligé de le recourber fortement, mais je puis ainsi l'insinuer jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres dans la direction du bout postérieur de l'urèthre rompu; je ne puis affirmer que je pénètre ainsi dans le canal, car peut-être le trajet n'y aboutit-il qu'après des coudes et des inflexions successives, mais ce qui est certain, c'est qu'une sonde ordinaire introduite dans la portion antérieure de l'urèthre est arrêtée en arrière de la racine des bourses, au niveau de la fistule la plus antérieure. Toute tentative d'introduction de bougies du plus petit calibre est restée infructueuse; on peut donc cliniquement considérer le rétrécissement comme infranchissable, quoiqu'il puisse encore permettre un écoulement intermittent de quelques gouttes d'urine.

Il ne suffit jamais de constater les lésions locales, il faut interroger toujours et avec le plus grand soin l'état général des malades avant de se tracer une ligne de conduite. Notre malade est fort et vigoureux, sa santé est encore excellente, mais attendez un mois, deux mois peut-être, et vous le verrez dépérir; non pas qu'on ne puisse vivre assez longtemps bien portant avec un rétrécissement infranchissable et des fistules périnéales, mais parce que, dans le cas actuel, apparaissent déjà quelques troubles dans la secrétion urinaire. Le malade se trouve dans la situation d'un vieillard qui viderait mal sa vessie; celle-ci n'expulse pas la totalité de l'urine, ce liquide s'altère, devient ammoniacal, et vous pouvez voir au fond de ce vase à expérience des nuages de muco-pus. Si nous ne remédions pas promptement à cette stagnation de l'urine, l'inflammation de la vessie gagnera les uretères, les calices, les bassinets, et se propagera au parenchyme rénal. C'est

cette pyélite ou cette pyélo-néphrite qui tue si souvent les malades atteints d'affections vésicales, et bien des opérés succombent non pas aux suites des opérations dirigées contre les rétrécissements, comme l'uréthrotomie externe ou interne, mais aux lésions engendrées par la rétention prolongée de l'urine et développées avant que les malades soient venus nous demander des soins.

Messieurs, vous avez là sous les yeux un exemple de rétrécissement consécutif à une lésion traumatique de l'urèthre. Ces rétrécissements ne sont pas rares et vous les rencontrerez assez fréquemment chez les mariniers, par exemple, chez les hommes employés sur les bords de la Seine au déchargement des bateaux ; ils sautent d'une *embarcation* à l'autre et sont exposés chaque jour à tomber à cheval sur le bord de l'une d'elles ; le périnée reçoit le choc et l'urèthre se rompt au niveau de sa portion membraneuse. Tout autre traumatisme portant sur la même région peut produire le même accident, et dans ces derniers temps nous avons tous vu des malheureux, blessés par des projectiles de guerre qui contondent ou détruisent parfois complétement l'urèthre dans sa portion périnéale. Je me trouve pour la seconde fois cette année en présence de lésions produites par un traumatisme de ce genre.

Le premier symptôme qui survienne alors, est un gonflement rapide et considérable de toute la région périnéale ; les tissus sont infiltrés de sang, l'urèthre est comprimé, parfois broyé et absolument rompu ; la rétention d'urine est instantanée et complète. Si le cathétérisme qu'il faut pratiquer le plus tôt possible, mais avec les plus grandes précautions pour éviter les fausses routes, ne permet pas de faire pénétrer une sonde dans la vessie, le chirurgien ne doit pas hésiter à faire de larges incisions ; il débar-

rassera la plaie des caillots sanguins, il l'explorera avec soin et peut-être trouvera-t-il le bout postérieur du canal rompu. Ce sera là une circonstance éminemment favorable, car, le jour même de l'accident, on pourra placer à demeure une sonde qui permettra au canal de se reformer autour d'elle, et toute rétention d'urine aura été évitée. Il va sans dire qu'on devra surveiller la cicatrisation de la plaie uréthrale, comme après l'uréthrotomie externe, car le malade se trouvera dans les mêmes conditions que s'il avait subi cette opération.

Ne croyez pas, cependant, que vous puissiez toujours trouver le bout postérieur et placer une sonde à demeure; car par suite du broiement des tissus, l'orifice peut être méconnaissable.

Vous vous rappelez ce malade dont je vous ai parlé et qui me fut amené à Saint-Antoine l'année dernière, après avoir fait une chute et s'être violemment heurté le périnée contre un madrier. Je fis une incision longue et profonde afin de pouvoir enlever par des lavages répétés les caillots qui s'étaient infiltrés dans les tissus; je cherchai ensuite le bout postérieur du canal avec une grande persévérance sans parvenir à l'apercevoir, et je fus obligé d'avoir recours à la ponction hypogastrique; dans ce cas, je me servis pour la seconde fois (janvier 1871) de la seringue aspiratrice de M. Dieulafoy, que j'avais déjà employée avec succès en 1870. Ainsi, sachez-le bien, ne comptez pas sur un succès constant dans vos recherches, sinon ce serait vous exposer à de fréquents mécomptes.

Les anciens chirurgiens préférèrent longtemps à la ponction de la vessie une opération qu'ils appelaient la boutonnière et qui peut trouver son indication dans les rétentions d'urine qui suivent ces traumatismes.

La *boutonnière périnéale* consiste à inciser l'urèthre sur sa portion saine, en arrière des parties lésées, et permet de rétablir le cours des urines à l'aide ou non d'une sonde introduite par cette voie dans la vessie; c'est une opération d'urgence bien différente de l'*uréthrotomie externe*, mais qui peut en constituer le premier temps; son caractère essentiel est de porter sur des tissus sains, son but immédiat est d'ouvrir un passage à l'urine et non de rétablir le calibre du canal; en un mot, c'est une opération palliative qu'on peut comparer à la ponction de la vessie au point de vue de ses indications.

L'uréthrotomie externe, au contraire, peut être définie : « *Une opération qui a pour but de rétablir le calibre de l'urèthre rétréci ou oblitéré, en attaquant de la peau aux parties profondes, de dehors en dedans, les tissus du rétrécissement.* » Ici, Messieurs, c'est une véritable uréthrotomie externe que nous allons pratiquer; il n'est pas urgent de frayer un passage à l'urine, puisqu'elle s'écoule par les fistules, mais la vessie se vide mal et c'est là un danger; de plus, le malade est atteint d'une infirmité dégoûtante qui le force à uriner dans les positions les plus incommodes. Notre devoir est de tenter une opération qui rétablisse le cours normal des urines. Nous jugeons que la dilatation du rétrécissement est impossible, puisque celui-ci est infranchissable pour nous, malgré les manœuvres les plus multipliées; pour la même raison, on ne peut songer à faire l'uréthrotomie interne; nous devons donc attaquer les tissus de dehors en dedans, en un mot pratiquer une uréthrotomie externe.

Cette opération, n'est pas nouvelle. En 1652, Molins la pratiqua, et plus tard Colot suivit son exemple en employant des procédés mieux étudiés qui ressemblent

beaucoup à ceux auxquels on a recours aujourd'hui. Hunter, l'un des premiers, fit en Angleterre l'uréthrotomie externe, et, sans aucun doute, cette opération fût entrée dans la pratique journalière sans l'opposition que lui firent en France Desault et Sabatier, Chopart et plus tard Boyer, Dupuytren et Roux. Ces grands chirurgiens s'élevèrent avec force contre l'uréthrotomie externe et n'admirent pas davantage la ponction hypogastrique, ressource pourtant si précieuse. Ils s'en exagéraient sans doute la difficulté et préféraient, dans presque tous les cas de rétention d'urine, pénétrer dans la vessie par le cathétérisme forcé. Cette opération brutale où le chirurgien traverse en aveugle des tissus souvent indurés, sans suivre avec certitude la direction de l'urèthre, donna cependant les résultats les plus déplorables, et M. Monod, alors interne de Dupuytren, a cité des exemples nombreux de fausses routes à la suite desquelles les malades avaient promptement succombé. Quant à nous, tout en reconnaissant que le cathétérisme forcé est une opération brillante, qui n'expose pas le chirurgien à s'avouer vaincu en présence de certaines difficultés opératoires que nul ne peut être sûr de surmonter, si ce n'est peut-être à force de patience et d'efforts, nous ne la considérons que comme une opération d'amphithéâtre. Personne aujourd'hui ne s'exposerait à blesser inutilement la prostate et à produire des désordres considérables dans la région périnéale, quand il est possible de recourir à des procédés auxquels on ne peut reprocher que d'être d'une exécution longue et souvent difficile.

L'uréthrotomie externe ne fut pas toutefois abandonnée, malgré l'autorité de ses adversaires, et Syme (d'Édimbourg) fut un de ceux qui contribuèrent le plus à la remettre en honneur.

L'opération est bien différente suivant qu'elle est faite sur conducteur ou sans conducteur, dans les cas de rétrécissements franchissables ou d'obstacles infranchissables. Lorsque le rétrécissement permet l'introduction d'une bougie quelque fine qu'elle soit, on peut espérer le dilater ou, s'il est trop résistant, l'inciser de dedans en dehors, pour arriver à passer une sonde assez volumineuse dans la vessie. Certes, on pourra préférer alors les divers procédés d'uréthrotomie interne et employer soit la divulsion, soit l'incision; l'uréthrotomie interne n'est pourtant pas toujours indiquée, et je fais allusion à ces rétrécissements qui succèdent à un traumatisme violent et sont produits par un épanchement plastique très-dur et très-étendu, au milieu duquel il est difficile de se frayer de dedans en dehors une voie suffisante. De larges débridements sont nécessaires pour amener le dégorgement des indurations qui existent dans quelques-uns de ces cas, et c'est alors que se pose l'indication de l'*uréthrotomie externe sur conducteur*.

A Syme revient le mérite d'avoir élucidé cette intéressante question et son procédé devra être quelquefois préféré à tous les autres. Le cathéter dont se servait le chirurgien écossais est cannelé sur sa convexité et se compose de deux parties d'inégal volume : la première est droite et a le diamètre d'un cathéter ordinaire, la seconde est courbe et beaucoup plus mince. Son extrémité doit être fine pour s'engager dans le rétrécissement et le point où le volume du cathéter augmente brusquement vient buter contre l'obstacle. Syme coupe le rétrécissement d'arrière en avant, après avoir incisé la peau sur la ligne médiane et reconnu avec l'ongle la cannelure du cathéter.

Je n'insiste pas sur cette opération qui n'est pas appli-

cable chez notre malade, et je ne rechercherai point s'il vaut mieux suivre exactement la méthode de Syme, ou faire l'incision d'avant en arrière et la commencer au point où la portion fine du cathéter s'unit à la moitié antérieure plus volumineuse. Il est certain que l'uréthrotomie externe sur conducteur faite par ce procédé peut rendre de réels services, mais je veux m'élever contre une opinion émise par Syme et qu'on doit taxer de trop absolue. Pour Syme, il n'existe pas de rétrécissement infranchissable, et puisqu'il est toujours possible d'introduire un cathéter dans le canal, on ne doit pratiquer l'uréthrotomie externe que sur conducteur.

C'est là une exagération ; le fait que vous avez sous les yeux le démontre jusqu'à l'évidence, car vous avez été témoins de tous nos efforts pour introduire une bougie dans le rétrécissement, et j'ai la conviction que nous n'avons rien négligé pour obtenir ce résultat ; or, puisque le rétrécissement est infranchissable, il ne nous reste pas d'autre ressource que de pratiquer le cathétérisme forcé ou l'*uréthrotomie externe sans conducteur*.

Voici, Messieurs, comment on doit exécuter cette dernière opération : le malade est placé sur le bord du lit dans le décubitus dorsal, les cuisses relevées et fortement fléchies sur l'abdomen. L'anesthésie par le chloroforme ou l'éther a ses avantages et ses inconvénients ; parfois, sous l'influence de la résolution musculaire et de l'insensibilité, on peut introduire le cathéter de Syme ou une bougie dans le rétrécissement ; M. Sédillot a rapporté un cas où il avait pu éviter ainsi l'uréthrotomie externe, mais je ne crois pas que l'anesthésie facilite ici le cathétérisme, car l'élément spasmodique ne joue aucun rôle dans le rétrécissement qui est purement fibreux ; le canal a perdu toute

contractilité, la résolution musculaire doit donc être sans avantage et elle ne pourra même que devenir pour nous une source d'inquiétudes, l'opération pouvant être longue et l'emploi du chloroforme présentant, selon moi, d'autant plus de danger qu'il est plus prolongé.

Le malade en position, j'introduirai dans l'urèthre un cathéter cannelé ordinaire dont le bout viendra heurter le cul-de-sac qui ferme la portion saine du canal au niveau du rétrécissement. Je ferai alors à la peau, sur la ligne médiane, une incision longue de 5 à 6 centimètres qui aboutira en avant au point où je sentirai le bec du cathéter; j'ouvrirai le canal sur la cannelure, et je l'inciserai sur une longueur suffisante pour me permettre d'écarter ses parois, et d'avoir sous les yeux l'extrémité antérieure du rétrécissement. On peut écarter les bords de la plaie du canal, soit avec des pinces, soit avec des écarteurs ordinaires, mais je vous recommanderai un petit procédé qui appartient à M. Dolbeau et qui consiste à passer deux fils dans chacune des lèvres de la fente uréthrale, afin de pouvoir les éloigner facilement sans crainte de les meurtrir ou de ne pas les saisir assez solidement. Ces manœuvres constituent ce que nous appellerons le premier temps de l'opération ; elles sont simples et peuvent être exécutées promptement.

Le second temps consistera dans l'incision du rétrécissement et dans la recherche du bout postérieur. Vous devrez commencer par examiner avec le plus grand soin le cul-de-sac uréthral que vous aurez sous les yeux; peut-être apercevrez-vous un orifice; quelque petit qu'il soit, il vous permettra d'introduire dans la portion rétrécie une bougie en baleine ou un stylet cannelé, en un mot, un conducteur quelconque. Si vous n'apercevez pas d'orifice, explorez toute

la surface avec l'extrémité mousse d'un stylet, peut-être serez-vous plus heureux; vous pouvez aussi laver la plaie ou projeter sur elle avec un chalumeau une colonne d'air, comme on le faisait au temps de Hunter. Ici je suis certain qu'il existe un orifice, car le malade urine encore un peu par l'urèthre, mais il est bien probable qu'il nous sera difficile ou même impossible de l'apercevoir. Nous pourrons dans ce temps de l'opération dire au malade d'uriner, mais tout le monde sait combien la miction est difficile, pour quelques personnes, dans certaines situations, aussi ne devrons-nous pas compter beaucoup sur le passage de l'urine pour nous indiquer le siége du trajet que nous chercherons.

Desault qui, comme je vous l'ai dit, n'était pas partisan de l'uréthrotomie externe, insistait sur la difficulté qu'on devait avoir à trouver l'orifice après l'incision du canal; cette difficulté, je ne la nie pas, bien au contraire je vous la signale en y insistant, mais je ne puis admettre, avec lui, qu'il soit plus facile d'engager une bougie dans le rétrécissement par le méat, que d'arriver à ce résultat lorsqu'on a sous les yeux la surface sur laquelle existe l'orifice; je ne crois pas non plus que « l'algalie introduite dans l'urèthre soit ramenée par les parois de ce conduit dans une direction convenable ». Ce sont là, suivant moi, des considérations théoriques et évidemment Desault ne s'appuyait pas sur son expérience personnelle. Quoi qu'il en soit, si vous trouvez l'orifice du bout postérieur, le second temps devient facile, vous incisez le rétrécissement sur un stylet cannelé, et l'uréthrotomie est terminée en réalité sur conducteur; vous revenez au procédé de Syme, mais après avoir commencé l'opération autrement que lui.

Si au contraire vous ne trouvez pas l'orifice, vous incisez le rétrécissement sur la ligne médiane dans la direction de

l'urèthre et sans conducteur. Il faut souvent que cette incision soit très-profonde; vous devez la faire lentement et rechercher soigneusement sur cette tranche de tissu blanchâtre, lardacée, criant sous le scalpel, si vous n'apercevez pas un point déprimé ou saillant qui puisse vous faire supposer que là est l'orifice que vous cherchez. C'est là le temps le plus pénible de l'opération; vous aurez besoin d'une patience soutenue, mais presque toujours au bout d'une demi-heure, quelquefois moins, souvent plus, vous trouverez l'orifice; le stylet pénètrera dans le bout postérieur, la difficulté sera vaincue.

Lorsqu'il existera au périnée des fistules par lesquelles s'écouleront les urines, vous devrez les utiliser et engager dans *leur* trajet un stylet recourbé qui pourra vous conduire dans le bout postérieur et abréger ainsi la durée de vos manœuvres. Vous devrez toujours choisir de préférence la fistule la plus large, la plus près du raphé, celle qui donnera passage à la plus grande quantité d'urine, c'est en général la plus directe, comme l'a fait remarquer M. Voillemier. Il me semble aussi qu'on fera bien de ne pas inciser trop tôt le trajet fistuleux, de peur de ne plus retrouver son orifice, si le stylet venait à l'abandonner.

Je veux vous signaler, Messieurs, un procédé de Syme qui consiste à conduire dans la fistule principale, préalablement dilatée, un cathéter cannelé, destiné à arriver dans le bout postérieur. Syme avec le cathéter introduit dans le rétrécissement tâche de venir heurter contre celui qui traverse la fistule et s'il ne peut y parvenir facilement, il le pousse avec énergie dans les tissus et pratique ainsi un cathétérisme forcé qui aboutit au choc des deux instruments; il incise alors le rétrécissement et pénètre dans le bout postérieur. C'est là un procédé moins dangereux que le cathé-

térisme forcé proprement dit, puisque la pointe du cathéter reste dans le bout postérieur, mais il ne me paraît pas préférable à celui que je vous ai décrit.

Enfin, si malgré les recherches les plus minutieuses et la patience la plus exemplaire, vous ne trouvez pas le bout postérieur, vous pourrez remettre à une autre séance la fin de l'opération. Rarement, toutefois, vous éprouverez un échec. Récemment M. Alphonse Guérin, dont on connaît l'habileté opératoire, a mis trois heures à trouver le bout postérieur, mais enfin il l'a trouvé et il est impossible en quelque sorte de ne pas le rencontrer, puisque à moins de délabrements considérables, on connaît sa direction ou plutôt sa situation, car il peut être dévié à droite ou à gauche.

L'opération en deux temps ne doit être, je crois, qu'un procédé de nécessité, néanmoins on a voulu l'ériger en méthode. Le premier jour, on incise la peau et quelques callosités; on arrive ainsi sur le canal et sur le rétrécissement, et ce premier temps a pour but de permettre le dégorgement des tissus parfois infiltrés de pus ou contenant quelque abcès, comme chez notre malade. Le second jour, on pénètre dans le canal et l'on place la sonde dans la vessie; souvent ce second temps s'accomplit alors dans de meilleures conditions et avec une plus grande facilité, et il est arrivé que des malades, après avoir subi le premier temps, ont quitté l'hôpital pour s'adresser à un autre chirurgien qui a pu très-promptement terminer l'opération. M. Civiale, qui a préconisé cette *uréthrotomie en deux temps*, pratiquait d'abord la division de la peau et l'ouverture de l'urèthre derrière le rétrécissement, pour permettre à l'urine de s'écouler par le bout postérieur dans les cas où il y avait rétention, puis il incisait l'urèthre en avant de la

coarctation et réunissait les deux ouvertures par la section du rétrécissement; c'était là une méthode qui comprenait la boutonnière et l'uréthrotomie externe sans conducteur proprement dite.

Les procédés opératoires, Messieurs, ont été très-multipliés, mais on peut affirmer que chaque cas spécial vous force en quelque sorte la main, et il n'est pas sage d'ériger une méthode en principe; on doit prendre conseil des circonstances. Brodie, Guthrie, ont incisé l'urèthre en arrière du rétrécissement, commençant l'opération, comme Civiale, par la boutonnière; cette manœuvre peut être facilitée par la dilatation du canal en arrière du rétrécissement, dilatation qui est presque constante en l'absence de fistules périnéales; dans le cas contraire, l'urèthre doit être très-difficile à trouver au milieu de tissus indurés. Ce même inconvénient se présente lorsqu'on emploie le procédé de M. Demarquay; ce chirurgien fait au devant de l'anus une incision courbe, à concavité postérieure, puis il divise les tissus couche par couche comme dans l'opération de la taille et pénètre dans la portion membraneuse de l'urèthre en se guidant sur la prostate dont il reconnaît la pointe avec le doigt introduit dans le rectum. Après avoir placé une sonde dans la vessie, il fait pénétrer un stylet cannelé dans le rétrécissement d'arrière en avant et l'incise sur conducteur; si la chose est impossible, il se guide sur un cathéter placé dans la portion antérieure de l'urèthre pour fendre la coarctation. Le principal reproche que j'adresserai à ce procédé est d'intéresser inutilement des tissus sains, et surtout d'être d'une exécution difficile; il a cependant donné de bons résultats.

Vous vous rappelez que notre malade porte à l'hypogastre une fistule qui a succédé à la ponction qui lui fut

faite peu de temps après sa blessure. Cette fistule est aujourd'hui presque oblitérée et ne laisse plus passer que quelques gouttes d'urine, mais ne pourrait-on pas la dilater et l'utiliser pour reconnaître plus facilement le bout postérieur? Je ne crois pas que nous ayons besoin de modifier les règles que je vous ai tracées, mais si la fistule avait été plus large, j'aurais volontiers pratiqué ici le *cathétérisme rétro-uréthral.*

Ce fut Verguin, chirurgien de Toulon, qui le premier eut l'idée d'utiliser une fistule qui avait succédé à la ponction hypogastrique, dans une uréthrotomie externe qu'il fit en 1757. Depuis lors, on mit en usage un procédé calqué sur le sien, et on en obtint les meilleurs résultats. Voici la manière dont on agit. Une sonde en gomme est introduite dans la cavité vésicale par la fistule sur un mandrin dont on modifie la courbure à volonté, puis son extrémité est conduite dans le col de la vessie et poussée jusqu'au rétrécissement. Un cathéter cannelé est placé dans le bout antérieur et l'on incise les tissus d'avant en arrière comme par la méthode ordinaire; le rétrécissement se trouve ainsi exactement limité par les deux sondes, et la recherche du bout postérieur est des plus faciles, puisqu'il suffit de dégager le bec de la sonde introduite dans sa cavité; ajoutons que, grâce à la fistule, on change la sonde sans crainte de ne plus pouvoir retrouver l'orifice du canal en arrière du rétrécissement, si l'on a eu la précaution d'attacher à son extrémité un fil qui reste dans le trajet fistuleux et qui permet de substituer sans danger et fréquemment une sonde à une autre.

M. Voillemier a publié une belle observation d'uréthrotomie externe pratiquée par ce procédé, mais il insiste avec raison sur la nécessité de bien s'assurer que la sonde est engagée dans le bout postérieur, car, dit-il, son bec

venant presser au-dessous du col pourrait donner au doigt une sensation trompeuse à travers les parties molles du périnée.

Il y a quelques années, un chirurgien d'Aix, M. Bourguet, a proposé un nouveau procédé qui consiste à ne pas se contenter d'inciser le rétrécissement mais à *l'exciser en totalité*, lorsqu'il appartient à cette variété de rétrécissements, durs, lardacés et comme cartilagineux, qui succèdent aux traumatismes.

J'ai eu récemment l'occasion de le mettre à exécution; après avoir incisé l'urèthre au niveau de son cul-de-sac antérieur, c'est-à-dire sur la limite antérieure du rétrécissement : j'ai complétement disséqué sur les côtés cette masse résistante qui ne contenait plus trace de canal; après quoi, j'ai ouvert le bout postérieur et excisé d'un seul coup de ciseau tout le rétrécissement. Une cavité profonde et longue de plusieurs centimètres avait succédé à cette perte de substance et séparait les deux bouts de l'urèthre; néanmoins, la plaie se mit à bourgeonner autour de la sonde placée à demeure dans la vessie, et le malade guérit parfaitement. On peut se demander cependant quel est l'avantage qu'on doit retirer de cette excision ou de cette résection du rétrécissement; la réparation du canal exigera un temps plus long, et les parois seront toujours formées aux dépens d'un tissu cicatriciel rigide et doué d'une force de rétraction contre laquelle il faudra lutter longtemps. Aussi ne doit-on avoir recours à ce procédé que lorsque l'induration est telle qu'on peut craindre de ne pas la voir disparaître après les incisions simples.

Il me reste encore à vous signaler une autre méthode qui appartient aussi à M. Bourguet et qu'il appelle : *Uréthrotomie par une voie nouvelle collatérale.*

On peut la résumer par ces mots que j'emprunte au mémoire de l'auteur : « Quand on ne peut pas franchir un rétrécissement, on peut passer à côté, faire une voie nouvelle collatérale et plus ou moins parallèle, sans se préoccuper du rétrécissement qui reste alors sur un des côtés de la plaie. » Ce procédé est surtout applicable lorsqu'une fistule vous conduit dans le bout postérieur ; on réunit alors les deux bouts du canal par une incision qui n'intéresse pas le rétrécissement et l'on passe la sonde, ou même on fait une sorte de cathétérisme forcé entre le rétrécissement et la peau qu'on n'incise pas, puis on introduit la sonde dans le bout postérieur. C'est là, dit M. Bourguet, une véritable *uréthrotomie sous-cutanée*.

Mon intention n'est pas, Messieurs, de comparer entre elles toutes les méthodes, et elles sont nombreuses, que j'ai cru utile de vous faire connaître, je vous dirai simplement que je suis peu partisan du procédé par l'excision, bien que je l'aie mis une fois en usage, et que je repousse l'uréthrotomie par une voie nouvelle collatérale. En effet, l'opération est-elle plus facile? Tout au contraire ; la recherche du bout postérieur est très-laborieuse, à moins qu'une fistule ne le fasse trouver promptement, et il est alors beaucoup plus simple d'inciser le rétrécissement. Expose-t-elle le malade à moins de dangers? Je ne le crois pas, car on incise et on irrite des tissus sains, très-vasculaires, tandis que le rétrécissement lui-même contient peu de vaisseaux. Enfin, le nouveau canal sera-t-il plus souple? Je vous l'ai dit déjà, le tissu qui le constituera sera cicatriciel comme le rétrécissement qu'on aura laissé de côté ; celui-ci, sous l'influence du contact avec la sonde, serait susceptible de se ramollir, l'autre sera plus jeune, et par conséquent plus rétractile, et le reproche capital que l'on est en droit d'adresser au pro-

cédé de M. Bourguet, c'est de donner au nouveau canal une direction qui ne sera pas normale, mais plus ou moins sinueuse, ce qui pourra rendre plus tard le cathétérisme impossible ou exposera le chirurgien le plus habile à des fausses routes en quelque sorte inévitables.

Je ne vous parle pas du procédé de M. Gaillard, de Poitiers, qui consiste à pénétrer dans l'urèthre en traversant la prostate et à inciser ensuite d'arrière en avant tous les tissus, y compris le rétrécissement.

L'uréthrotomie externe est une opération sur laquelle les chirurgiens ont beaucoup exercé leur imagination et qu'ils ont modifiée de mille façons; j'espère vous en avoir dit assez pour vous mettre à même de comparer entre elles les différentes méthodes, mais il me reste à vous parler brièvement des soins consécutifs à l'opération.

Celle-ci terminée, vous placerez dans la vessie une sonde à demeure qui servira de moule au nouvel urèthre que constitueront les bourgeons charnus; cette sonde devra être d'un calibre suffisant, car la rétractilité du tissu cicatriciel tendra à produire le resserrement du canal, et pendant un temps très-long, même après guérison complète, vous exigerez du malade qu'il se sonde tous les jours, puis toutes les semaines, afin de s'assurer qu'un rétrécissement nouveau ne se produit pas.

L'introduction de la sonde constitue le troisième temps de l'uréthrotomie et peut à la rigueur présenter quelques difficultés. Si l'orifice du bout postérieur est trop étroit, vous l'inciserez avec un bistouri boutonné, ou avec un ténotome; puis, la sonde placée dans la portion antérieure du canal, vous tâcherez d'insinuer dans le bout postérieur son extrémité faisant saillie au périnée; vous pourrez

donner à l'instrument, au moyen d'un mandrin, la rigidité et la courbure nécessaires.

M. Gosselin et M. Bourguet emploient deux sondes : l'une, très-petite, est introduite dans la vessie par le bout postérieur du canal ; l'autre, plus volumineuse, par le méat. Celle-ci vient sortir par la plaie, et reçoit dans son extrémité inférieure la première qu'elle ramène dans la partie antérieure de l'urèthre. Alquié, de Montpellier, a fait usage d'une petite bougie glissée dans l'intérieur des deux sondes et leur servant de trait d'union. Enfin on peut imiter Lesueur, de Vimoutiers, et introduire dans la vessie, par le bout postérieur, une bougie fine et longue à laquelle est fixée une anse de fil ; par le méat on passe une sonde d'assez gros calibre, ouverte à son extrémité saillante au périnée, et un fil de fer crochu conduit dans sa cavité, saisit l'anse de fil et permet de glisser la sonde sur le conducteur formé par la bougie.

Ces petits détails qui peut-être vous paraissent insignifiants, ont une réelle importance, car vous pouvez vous trouver embarrassés pour terminer une opération qui souvent dure longtemps, et qu'il ne faut pas prolonger inutilement.

Si vous avez pratiqué le cathétérisme rétrograde, vous fixerez, à l'aide d'un fil, la sonde introduite par le méat au bec de celle qui aura pénétré dans le bout postérieur, et rien ne sera plus facile que d'entraîner la première dans la vessie ; le fil devra alors être maintenu dans la fistule hypogastrique et fixé sur le ventre, il servira à renouveler les algalies.

Il y a grand avantage à ne pas changer souvent la sonde ; quel est en effet son but ? Non-seulement elle donne passage à l'urine, mais elle doit servir de moule aux

bourgeons charnus; vous avez donc tout intérêt à ne pas entraver le travail de cicatrisation en irritant les tissus par des manœuvres trop souvent répétées. Sachez aussi que si vous n'avez pas de fistule hypogastrique et par conséquent pas de fil conducteur, il peut être très-difficile de faire rentrer la sonde dans le bout postérieur; vous laisserez donc la sonde en place le plus longtemps possible, s'il ne survient pas d'accidents et si sa cavité est libre.

De toutes les sondes, celles en caoutchouc vulcanisé me semblent les meilleures, vu leur souplesse et leur résistance à l'action corrosive de l'urine; elles peuvent rester dans la vessie quinze ou vingt jours sans s'altérer et leur bec irrite moins la muqueuse que celui des sondes de gutta-percha, et surtout des sondes d'argent qu'employait Syme; celles-ci s'incrustent promptement et on a cité des cas où elles avaient perforé la vessie dont la muqueuse, en contact avec un corps dur et irrégulier par le fait des dépôts calcaires, s'enflamme et se gangrène.

La perforation de la vessie constitue une complication tardive de l'uréthrotomie externe, mais elle appartient à toutes les opérations qui nécessitent l'emploi d'une sonde à demeure.

L'infiltration d'urine n'est pas à redouter, puisque ce liquide peut s'écouler par la sonde ou par la plaie, sans qu'aucun obstacle vienne le forcer à disséquer les tissus : aussi vous conseillerai-je de ne pas tamponner la plaie; des compresses imbibées d'eau fraîche suffiront comme pansement. Le malade sera placé dans la position recommandée à la suite de la taille, afin que, si les urines s'écoulent entre la sonde et le canal, elles n'aient aucune tendance à s'infiltrer dans les tissus voisins.

Les hémorrhagies sont tout à fait exceptionnelles, quand le bistouri ne s'est pas écarté de la ligne médiane.

Opération. — Vous m'avez vu pratiquer devant vous, Messieurs, l'opération dont je vous ai entretenu dans notre dernière conférence, mais je veux vous en rappeler aujourd'hui les principaux détails : après avoir fait une incision profonde sur la ligne médiane en arrière immédiatement de la racine des bourses, mon bistouri rencontra l'extrémité du cathéter introduit préalablement dans l'urèthre et divisa la paroi inférieure du canal dans un espace d'un centimètre et demi environ; un fil introduit dans chacun des bords de la plaie, nous permit de les écarter facilement, et je cherchai, au niveau du cul-de-sac formé par la portion saine de l'urèthre, s'il m'était possible de découvrir l'orifice du rétrécissement qui, s'il était infranchissable aux instruments, laissait encore passer quelques gouttes d'urine. Je ne vis rien et ne pus trouver avec un stylet fin le moindre conduit. Le canal semblait complétement oblitéré sur une longueur de quatre à cinq centimètres; à sa place, était un tissu fibreux, blanc, très-dense, criant sous le scalpel comme du fibro-cartilage et très-peu vasculaire. Nous fûmes peu gênés par le sang qui s'écoulait seulement en nappe très-mince et provenait du tissu spongieux que j'avais incisé au niveau de la portion saine de l'urèthre. Mes explorations étant restées infructueuses, j'incisai lentement les callosités, dans l'espérance de trouver à un moment donné l'orifice antérieur du bout postérieur ou un canal au centre du rétrécissement; les fistules ne m'avaient été d'aucune utilité, je n'avais pu engager un stylet dans leur trajet tortueux, je renonçai donc à toute espèce de guide et poursuivis mon exploration. Au bout d'une demi-heure environ, je crus apercevoir sur ma dernière coupe une

petite dépression, je la sondai avec le bout d'un stylet légèrement recourbé, et en inclinant celui-ci un peu en haut je pénétrai dans la vessie; le toucher rectal me le démontra, car je sentais au-dessus de la prostate la pointe de l'instrument, mais je voulus pour plus de certitude faire uriner le malade ; celui-ci ne put expulser une seule goutte de liquide.

Désireux de substituer une sonde à mon stylet, je tâchais de faire pénétrer dans l'orifice l'extrémité effilée d'une algalie en gomme élastique, lorsqu'un mouvement intempestif du malade fit tomber le stylet dont la pointe était engagée dans le canal. Je vous ai signalé, Messieurs, toute la difficulté qu'on peut avoir à retrouver le bout postérieur lorsqu'on l'a perdu; malheureusement, il semblait que je voulusse vous prouver l'exactitude de mes paroles, car une demi-heure se passa avant que j'aie pu réintroduire dans l'orifice que j'avais d'abord trouvé assez facilement, une sonde cannelée et une fine bougie.

Vous l'avez vu, la recherche du bout postérieur a été plus longue et plus pénible la seconde fois que la première, et l'on doit avouer que le hasard presque seul nous a guidé dans ces explorations. — Le canal de l'urèthre, au niveau où nous étions, était encore trop rétréci pour qu'il fût possible d'y introduire une sonde d'un calibre suffisant, et j'ai dû faire avec un ténotome boutonné des scarifications multiples et rayonnantes destinées à élargir le conduit; je pus alors glisser dans la vessie une sonde en gomme du n° 16, et une assez grande quantité d'urine s'écoula immédiatement.

On répète, et avec raison, que lorsque le chirurgien est arrivé sur un orifice qu'il croit être celui du bout postérieur, il faut que le malade urine pour lui indiquer s'il est dans la bonne voie; le fait actuel vous prouve que dans certains

cas il ne faut pas compter sur l'écoulement de l'urine pour se guider, soit que le malade ne puisse pas, sous l'influence de l'émotion, faire contracter sa vessie, soit que l'orifice soit encore trop étroit et trop englobé dans des tissus durs et lardacés pour laisser passer le liquide. La sonde introduite dans la vessie, j'ai pu glisser son bout supérieur dans l'urèthre par la plaie faite en avant du rétrécissement; je l'ai ensuite fixée et n'ai fait appliquer sur la plaie que des compresses imbibées d'eau alcoolisée.

Fin de l'observation. — Malgré la sonde mise à demeure dans le canal, une quantité notable d'urine s'écoula pendant une quinzaine de jours par la plaie périnéale. Trois jours après l'opération survint un érysipèle qui envahit le scrotum, la verge et les deux régions inguino-crurales, après être parti de la plaie. Celle-ci devint blafarde et se recouvrit d'un exsudat grisâtre qui fut enlevé chaque matin avec une spatule; les surfaces saignantes étaient ensuite cautérisées avec le crayon de nitrate d'argent. L'érysipèle disparut au bout de sept jours, mais le scrotum resta quelque temps encore œdématié, ainsi que la peau de la verge. Au voisinage de la plaie se forma un abcès qu'on ouvrit aussitôt que possible et qui guérit promptement. Malgré ces complications, la santé générale ne fut pas profondément altérée; le malade n'eut de fièvre que pendant la durée de l'érysipèle, encore fut-elle modérée.

Pendant un mois environ, on put sentir la sonde avec le doigt introduit dans la plaie périnéale; les bords de celle-ci s'assouplirent et s'affaissèrent un peu, puis l'orifice se rétrécit petit à petit sensiblement; deux fois par jour la plaie était soigneusement lavée avec de l'eau phéniquée, et, après ces lotions, on injectait dans la vessie une certaine quantité d'eau tiède destinée à nettoyer l'intérieur de la

sonde et à en extraire les mucosités légèrement purulentes qu'elle contenait.

Douze jours après l'opération, lorsque l'érysipèle eut disparu, on enleva la sonde en gomme qui se trouvait très-incrustée de sels calcaires et on la remplaça par une autre que l'on changea tous les cinq ou six jours; puis on adopta l'emploi de sondes en caoutchouc vulcanisé qui purent rester jusqu'à dix ou quinze jours en place sans s'altérer. L'introduction des sondes était douloureuse mais facile; le malade se couchait en travers sur son lit et fléchissait les cuisses sur le bassin; on retirait alors la sonde et on lui en substituait une autre à laquelle on donnait, à l'aide d'un mandrin, une courbure analogue à celle de Gély. Un doigt insinué au fond de la plaie dirigeait dans le bout postérieur le bec de l'instrument. Le gonflement du prépuce rendait nécessaires certaines précautions pour introduire la sonde dans le méat dont l'orifice était invisible.

Pendant toute la durée du traitement, l'état général du malade se maintint excellent; au bout d'un mois il se levait, et l'urine ne coulait plus depuis quinze jours environ par la plaie; celle-ci était alors très-étroite et ne permettait plus l'introduction que d'une bougie du n° 5 ou 6.

Le malade resta encore quelque temps à la clinique, après le retour de M. Richet; M. Labbé le revit dans le cours de l'année 1872. Il se passait tous les quatre ou cinq jours une bougie du n° 20 et urinait sans difficulté et à plein jet. La fistule périnéale qu'il avait conservée longtemps n'existait plus.

DEUXIÈME LEÇON

URÉTHROTOMIE INTERNE

Rétrécissement de l'urèthre consécutif à des blennorrhagies, traité sans succès par la dilatation. — Fistules périnéales. — Uréthrotomie interne.

Messieurs,

Je suis heureux de trouver l'occasion de comparer avec l'uréthrotomie externe une autre opération qu'on peut appeler sa rivale et même sa rivale heureuse, je veux parler de l'*uréthrotomie interne*. Ces deux méthodes qui consistent à inciser l'urèthre rétréci, soit de dehors en dedans, soit, au contraire, de dedans en dehors, ont chacune leurs indications spéciales, et il importe que vous puissiez faire choix de l'une ou de l'autre, suivant les cas, en parfaite connaissance de cause.

Le malade dont nous allons nous occuper est un homme de soixante-deux ans, tailleur de son état, qui est entré le vingt-six septembre à la clinique et qui souffre depuis deux ans de l'affection pour laquelle il vient réclamer nos soins. Cet homme a contracté quatre blennorrhagies dans sa jeunesse, la dernière à trente-quatre ans; une adénite inguinale, survenue alors, n'a pas suppuré. Cette dernière blennorrhagie a été traitée au moyen des injections,

mais le malade ne peut pas nous renseigner exactement sur la nature du liquide dont il se servait ; il croit cependant se rappeler que ce liquide lui noircissait les doigts, ce qui nous fait penser qu'il contenait du nitrate d'argent. A la suite de ces chaudepisses, il n'est pas survenu d'orchite. Rien ne nous prouve que le malade ait eu la syphilis ; du reste, cela a peu d'importance dans le cas présent.

Les premiers troubles de la miction survinrent il y a deux ans seulement ; le malade remarqua que son jet d'urine était plus mince que de coutume, sortait en tire-bouchon et parfois s'éparpillait comme les filets d'eau qui s'échappent d'une pomme d'arrosoir. La miction s'accomplissait en quelque sorte en deux temps, c'est-à-dire qu'après le premier jet, l'urine s'écoulait en bavant ; « elle tombait sur mes souliers », nous dit le malade. Bientôt cet homme fut tourmenté par des envies incessantes d'uriner ; il se levait sept ou huit fois par nuit pour n'expulser qu'une quantité minime de liquide et au prix d'assez grands efforts. Enfin, il en arriva à ne plus pouvoir uriner qu'accroupi et avec la plus extrême difficulté. Ce fut alors seulement qu'il se décida à consulter un médecin et alla trouver M. Mallez qui le traita par les bougies à demeure. Une certaine amélioration semblait résulter de ce traitement, lorsqu'il y a dix-huit mois, se forma dans la région périnéale antérieure, à la racine des bourses, un abcès qui fut ouvert en deux points et d'où il s'écoula un mélange de pus et d'urine. A partir de ce jour, pendant la miction, le même liquide s'échappa par les orifices restés fistuleux, puis il se produisit un décollement de la peau qui s'étendit jusqu'à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche ; une autre ouverture fut pratiquée, et l'on introduisit une mèche de charpie dans le trajet dont on obtint bientôt l'oblitéra-

tion ; l'urine continua à s'écouler par les deux orifices fistuleux.

Trois semaines environ après la cicatrisation du dernier trajet, il se forma au-dessus du pubis un nouvel abcès urineux qui s'ouvrit spontanément et dont la guérison fut rapide; une des fistules périnéales se ferma aussi, mais l'autre persista et c'est elle que nous pouvons examiner aujourd'hui. Arriva le siége de Paris, pendant lequel le malade, s'il mangea peu, but beaucoup; en qualité de garde national, il resta à une certaine époque quarante-cinq jours sous les armes, et il a la franchise d'avouer qu'il se grisa bien quarante-cinq fois. Sous l'influence de la fatigue et de ce régime débilitant, l'état de notre malade devait nécessairement s'aggraver. En effet, la miction devint de plus en plus laborieuse; des efforts excessifs pouvaient seuls produire l'émission de l'urine qui coulait à la fois par le méat et par la fistule. Le malade était obligé d'ôter son pantalon, de s'accroupir et de se cramponner à un point d'appui quelconque pour rendre l'effort plus énergique. L'urine était trouble et d'apparence laiteuse.

Depuis le vingt-six septembre le malade est dans nos salles et il a été soumis au traitement par la dilatation à l'aide de bougies graduées. Aujourd'hui il passe le n° 13 et on sent nettement que le rétrécissement siége à la naissance de la portion membraneuse de l'urèthre.

Notez que nous avons pu arriver assez vite à passer des bougies de ce calibre, mais que depuis une quinzaine de jours il nous est impossible d'introduire un numéro plus fort; le rétrécissement résiste donc à la dilatation. Quelque peu satisfaisant que soit le résultat obtenu, la miction exige de la part du malade moins d'efforts, quoiqu'elle soit encore fréquente; les urines sont troubles et coulent toujours par

la fistule, mais seulement lorsque le malade veut uriner; dans l'intervalle des mictions il ne s'échappe que du pus par l'orifice fistuleux.

Cet orifice siége à deux centimètres à gauche du raphé, au niveau de la racine des bourses; la peau est en ce point déprimée et, au centre de la petite cupule qu'elle forme, se voit un bourgeon charnu rosé et mollasse. De l'orifice cutané part une sorte de cordon fibreux qui s'enfonce dans le périnée vers le pubis et qu'on sent facilement à la palpation; cette corde résulte de l'induration des tissus autour du trajet fistuleux; en la saisissant et en la suivant de bas en haut, on constate qu'elle vient aboutir à la région membraneuse du canal et rencontre l'urèthre à angle aigu.

Le cathétérisme de la fistule permet le passage d'une bougie de petit calibre ou d'un stylet jusqu'à une profondeur de 7 centimètres. A ce niveau on est arrêté par un cul-de-sac, et une sonde introduite par l'urèthre ne permet pas de sentir le choc qui pourrait être exercé sur elle par le stylet conduit dans le trajet.

Enfin, mentionnons, pour ne rien omettre, un certain empâtement douloureux qui persiste dans la région sus-pubienne où se voit la cicatrice de l'ancien abcès urineux. Quant à l'état général, il est excellent; le malade a bon appétit, se promène dans la cour toute la journée et ne demande qu'à subir une opération qui le débarrasse à tout jamais de l'infirmité dégoûtante dont il est atteint et lui permette de reprendre son métier de tailleur.

Il est presque inutile de vous dire que nous avons affaire ici à un rétrécissement de l'urèthre, et que la fistule périnéale n'est qu'une complication de l'affection principale, complication qui s'observe fréquemment et sur laquelle du reste j'aurai à vous donner quelques détails

succincts. Notre malade nous offre tous les symptômes principaux des rétrécissements : difficulté de la miction, faiblesse du jet, altération des urines, obstacle au passage des sondes de calibre ordinaire, etc. Ces symptômes, je les laisserai de côté, ne voulant vous parler des rétrécissements qu'au point de vue des indications opératoires et du traitement.

On écrirait un long chapitre, si l'on voulait reproduire les classifications des rétrécissements proposées par les auteurs ; je vous ferai grâce de détails fastidieux, mais je crois cependant utile, afin de discuter médecine opératoire sur un terrain solide, d'insister sur la division des rétrécissements en trois variétés : les *rétrécissements traumatiques* ; les rétrécissements dits *spontanés*, bien qu'en réalité il n'y ait pas de maladies spontanées à proprement parler ; et les rétrécissements *spasmodiques*. Hunter avait déjà admis une distinction entre les rétrécissements permanents, c'est-à-dire avec altération organique, et les rétrécissements spasmodiques dont le caractère est d'être passagers comme le sont les contractures qu'on doit rapporter à un trouble fonctionnel, sans altération de structure des tissus. Dans les rétrécissements permanents rentreraient nos rétrécissements traumatiques et spontanés, qui diffèrent entre eux par la cause qui a présidé à leur formation et par quelques-unes de leurs propriétés.

Je vous ai parlé d'un malade qui nous présentait un type de rétrécissement traumatique, puisque l'urèthre avait été rompu par un éclat d'obus ; les causes les plus diverses peuvent produire une plaie de l'urèthre et donner lieu à ces rétrécissements traumatiques qu'il est permis d'appeler aussi *cicatriciels*, car la coarctation succède à une perte de

substance qui doit être comblée par du tissu inodulaire. Un corps contondant qui vient heurter le périnée, un projectile lancé par une arme à feu, un instrument piquant ou tranchant, lésent l'urèthre de dehors en dedans; la boutonnière, l'incision qui a pour but l'extraction d'un corps étranger ou d'un calcul, font des plaies chirurgicales auxquelles peuvent succéder des rétrécissements. L'introduction dans l'urèthre de corps étrangers ou la blessure de ses parois par un calcul ou par un instrument lithotriteur constituent autant de causes de rétrécissements cicatriciels consécutifs à des plaies faites de dedans en dehors.

Il y a peu d'intérêt, Messieurs, à nous arrêter sur ces questions d'étiologie dont chacun comprend aisément la valeur, mais nous devons rapprocher des rétrécissements traumatiques ceux qui succèdent à des ulcérations de la muqueuse, quelle que soit leur nature. Ces ulcération siégent souvent dans l'uréthrite aigue au niveau des orifices des foramina dont la cavité s'oblitère après avoir suppuré. Il résulte de ce travail pathologique des cicatrices légèrement déprimées qui froncent la muqueuse et lui font former des plis, des valvules qui rétrécissent le canal, mais ne gênent guère en général la miction, grâce à leur mobilité qui leur permet de s'incliner sous le jet d'urine. Les chancres uréthraux en se cicatrisant sont aussi susceptibles de rétrécir le canal, mais, vous le voyez, ces rétrécissements, qui ont tous pour caractère commun d'être cicatriciels et dont quelques-uns sont traumatiques, affectent en général un siége qui varie suivant la cause qui les a produits. Ceux qui sont consécutifs à des chancres siégent presque toujours au méat ou dans la portion balanique de l'urèthre; quant à ceux qui sont traumatiques, ils peuvent occuper tous les points du canal, mais sont situés le plus

fréquemment dans la portion membraneuse ou dans la portion bulbeuse. C'est là presque toujours, en effet, que l'urèthre est comprimé ou broyé contre le pubis dans les chutes sur le périnée, c'est là qu'on pratique la boutonnière et que les instruments sont arrêtés et peuvent déchirer les parois du canal.

Ce qui donne à tous les rétrécissements cicatriciels une physionomie spéciale, c'est l'irrégularité de leur forme, leur épaisseur souvent considérable, suivant la gravité des dégâts produits par la cause vulnérante, et leur rétractilité. Ces rétrécissements souvent anfractueux et infranchissables sont ceux qui aboutissent le plus fréquemment à une oblitération absolue ou presque absolue du canal et qui s'accompagnent par conséquent des désordres les plus graves en arrière de la coarctation, je veux parler des dilatations de l'urèthre et des abcès urineux souvent suivis d'infiltration d'urine ou de trajets fistuleux qui s'ouvrent à la surface cutanée; ils manquent d'élasticité et ne sont presque jamais dilatables; le traitement qu'ils réclament est donc bien différent de celui qu'on peut diriger contre les rétrécissements dits spontanés qui constituent notre deuxième classe.

Les rétrécissements *spontanés*, qu'on a nommés aussi *inflammatoires*, succèdent presque toujours à l'uréthrite, soit que celle-ci ait été très-aiguë, soit qu'elle ait affecté une marche chronique et ait eu le temps de retentir ainsi profondément sur les éléments de la muqueuse et sur le tissu cellulaire sous-jacent. J'exclue, vous le voyez, l'influence des caroncules ou des carnosités du col de la vessie et de l'urèthre, qui jouaient un si grand rôle dans la pathogénie des rétrécissements, aux yeux des anciens chirurgiens; ces végétations sont très-rares et ne gênent

que peu la miction. Quant aux uréthrites, les uns pensent qu'elles produisent un épaississement de la muqueuse; les autres admettent, au contraire, que le siége de l'induration est sous-jacent à cette membrane. A la tête des partisans de cette dernière opinion se place notre collègue M. Alphonse Guérin, qui, dans un mémoire très-bien fait, s'appuie sur cinquante dissections pour établir que la muqueuse n'est jamais adhérente aux indurations sur lesquelles elle repose et peut glisser; en un mot, les tissus sous-jacents à la muqueuse formeraient, suivant son expression, un *anneau fibreux analogue à celui qu'on rencontre autour d'un sac herniaire*. Dans les cas les plus simples, l'inflammation de la muqueuse se propagerait souvent par l'intermédiaire des glandes au tissu cellulaire sous-muqueux, dont la rétraction amènerait un rétrécissement; il n'y aurait pas là formation d'un tissu inodulaire, mais un phénomène de rétraction, comme Gerdy a montré qu'il s'en produisait lors de l'inflammation des tissus blancs, c'est-à-dire des tissus fibreux. Fréquemment ce travail inflammatoire s'étend au tissu spongieux qui entoure le canal; les fibrilles qui en composent la charpente se rétractent, de la lymphe plastique s'organise dans les mailles qu'elles circonscrivent, et ce travail aboutit à un tassement du tissu autour de la muqueuse, à la formation d'une virole qui constitue le rétrécissement lui-même.

M. A. Guérin s'explique ainsi la prédilection des rétrécissements inflammatoires pour la région bulbeuse, car, en ce point, nous dit-il, les mailles du tissu réticulaire étant plus larges qu'ailleurs, l'inflammation doit s'y propager plus facilement, et la lymphe plastique y étant plus abondante produit par sa rétraction une coarctation plus prononcée. Disons en passant que cette induration du tissu spongieux

serait cause, suivant M. A. Guérin, de la difficulté qu'éprouvent les malades à chasser avec force de leur canal les dernières gouttes d'urine. Le dernier temps de la miction serait sous la dépendance de la pression exercée sur le contenu du canal par une colonne de sang poussée du bulbe vers le gland, lors de la contraction du muscle bulbo-caverneux, et si l'on suppose que cette colonne de sang rencontre sur sa route un obstacle dû à une virole siégeant dans le tissu spongieux, il est clair que le mouvement d'éjection qu'elle occasionne sera troublé. Cette théorie me paraît séduisante, et quant à moi je souscris volontiers aux conclusions formulées par son auteur; peut-être, cependant, celui-ci est-il trop absolu au sujet de la mobilité de la muqueuse sur les indurations sous-jacentes, car on ne peut nier que quelquefois la muqueuse ne soit très-adhérente au tissu cellulaire qui la double et ne fasse corps avec le rétrécissement lui-même.

Les rétrécissements inflammatoires présentent de nombreuses variétés dans leur forme, dans leur nombre, dans leur siége et dans leurs propriétés. Tantôt c'est un simple petit noyau d'induration sous-muqueux, n'occupant pas toute la circonférence de l'urèthre et siégeant peut-être le plus souvent sur sa paroi inférieure, qui diminue légèrement le diamètre du canal; tantôt c'est une virole complète qui le rétrécit circulairement et sur une étendue plus ou moins longue qui peut varier de quelques millimètres à 3 ou 5 centimètres. Si la rétraction des tissus enflammés a été concentrique, l'orifice du canal se trouve situé au centre de l'anneau, sinon il est lui-même excentrique et c'est alors qu'on éprouve quelques difficultés à y engager la pointe d'une bougie; souvent le point le plus rétréci répond à la jonction de deux cônes adossés

par leur petite extrémité, c'est-à-dire que le canal s'évase en avant et en arrière en forme d'entonnoir plus large dans ce dernier sens ; cette disposition résulte du passage de l'urine, qui tend à dilater le canal en arrière de l'obstacle.

Le nombre et le siége des rétrécissements spontanés sont essentiellement variables ; on répète, en général, qu'à la suite de blennorrhagies il n'y a le plus souvent qu'un rétrécissement et qu'il est situé au niveau de la région bulbo-membraneuse. Très-nombreuses sont les statistiques destinées à fixer l'opinion sur ce point, mais M. Verneuil a le premier démontré la fréquence des rétrécissements péniens dont on ne constate l'existence qu'à l'aide d'explorations faites avec des bougies à boules de différentes grosseurs. Pour lui, et j'ai souvent vérifié la justesse de son assertion, on est presque toujours arrêté à 6 ou 7 centimètres du méat et quelquefois plus tôt, par un ou deux rétrécissements fibreux peu étroits, puis, si l'on réussit à les franchir, la bougie vient buter contre un obstacle dont le siége est constamment à une distance du méat urinaire, qui varie entre 11 et 13 centimètres. On est là au niveau de la région membraneuse, et suivant ce chirurgien le rétrécissement est spasmodique la plupart du temps.

Ainsi, bien que M. Verneuil ne nie pas les rétrécissements fibreux de la région membraneuse, il les considère comme rares, tandis qu'ils seraient au contraire fréquents à la suite des blennorrhagies dans la portion pénienne du canal. Pourquoi donc méconnaît-on si souvent les rétrécissements péniens ? Suivant lui, en voici la raison. D'une part, ils ne sont pas en général assez étroits pour gêner la miction, et de l'autre, s'il survient des troubles fonctionnels de nature à attirer l'attention des malades et

à les forcer de recourir aux soins des chirurgiens, ceux-ci se servent tout d'abord de bougies ou de sondes d'un petit calibre et franchissent sans les sentir les premiers rétrécissements pour venir échouer dans leur tentative de cathétérisme devant le rétrécissement spasmodique de la région membraneuse. Bien des malades portent longtemps des rétrécissements péniens sans éprouver la moindre gêne dans la miction, mais sous une influence mal déterminée, à la suite de fatigues ou d'excès, un spasme se produit par action réflexe dans la région musculeuse, et voilà le rétrécissement apparent constitué. Je reviendrai, Messieurs, sur cette théorie séduisante, mais que je ne puis cependant accepter sans réserve.

Je dois vous dire quelques mots de ces ***rétrécissements spasmodiques*** sur lesquels on a tant discuté et dont j'ai fait une troisième variété de rétrécissements à cause de leur importance au point de vue thérapeutique.

Aujourd'hui, tout le monde admet dans la couche profonde de la muqueuse uréthrale des fibres musculaires lisses, longitudinales et circulaires, qu'avaient autrefois devinées en quelque sorte Hunter et ses élèves, mais dont il y a vingt ans on niait encore l'existence. Ces fibres sont peu nombreuses dans la région spongieuse et dans la région prostatique, mais dans la portion dite membraneuse, elles forment un véritable sphincter de près d'un millimètre d'épaisseur dont les contractions sont capables de rétrécir notablement le canal. Ajoutons que ces fibres lisses sont en quelque sorte doublées par les fibres striées du muscle de Wilson qui, s'insérant d'une part au-dessous de la symphyse pubienne et de l'autre autour de la portion membraneuse, ont pour effet par leurs contractions de relever et de rétrécir l'urèthre. Les fibres lisses circulaires et

le muscle de Wilson, nommé par Guthrie, *compressor urethræ*, ont évidemment pour fonction d'expulser par leurs contractions les dernières gouttes d'urine et de sperme et à leur action se joint celle des muscles sphincter de l'anus, bulbo-caverneux et transverse du périnée, qui, en comprimant le bulbe, chassent le sang vers le gland et concourent à l'émission de l'urine, comme l'a indiqué M. A. Guérin.

Si le calibre de la portion membraneuse de l'urèthre est normalement susceptible de subir une coarctation passagère lors de l'écoulement des dernières gouttes d'urine, il est facile de comprendre que sous l'influence d'une irritation plus vive de la muqueuse derrière un rétrécissement, quel que soit le siége de celui-ci, soit-il au méat, le sphincter uréthral se contracte spasmodiquement. Le spasme se produira dans ce cas non plus à la fin de la miction, mais au début, dès que les premières gouttes d'urine franchiront le col de la vessie, et ainsi s'expliqueront ces rétentions brusques qu surviennent chez les malades atteints de rétrécissements peu serrés et qui, à coup sûr, ne peuvent revenir sur eux-mêmes en quelques heures, au point d'opposer au cours des urines un obstacle infranchissable. Ces rétrécissements spasmodiques, purement spasmodiques et sans lésion organique de la région membraneuse, doivent pour moi être admis sans contestation; le contact d'une sonde ou d'une bougie les provoque et si l'instrument est engagé dans la coarctation, le canal se contracte parfois énergiquement sur lui et l'empêche de progresser. Les malades ont bien conscience de ce spasme, car ils en souffrent, et vous avez pu remarquer que quelques-uns ont de véritables crises de douleur qui parfois forcent le chirurgien à remettre à une autre séance le cathétérisme, mais qui au bout de quelques

minutes peuvent cesser et permettre à l'algalie de pénétrer alors dans la vessie.

Quelques auteurs, et parmi eux je citerai M. Gosselin, n'admettent le rétrécissement spasmodique que dans les cas où il existe déjà un rétrécissement organique ou une blennorrhagie; sans doute, les spasmes uréthraux sans altération du canal sont rares, mais je ne crois pas qu'on soit autorisé à les nier d'une manière absolue, et avec M. Voillemier j'admettrai des spasmes qui se rattachent par sympathie à une affection vésicale, à la présence d'un calcul dans la vessie ou à une névralgie des organes génitaux. Le spasme se produisant ici par action réflexe, il ne me paraît pas indispensable que le point de départ de l'impression douloureuse qui constitue le premier des trois anneaux de la chaîne à laquelle on a comparé l'action réflexe, siége dans le canal lui-même.

Les rétrécissements organiques, cicatriciels ou spontanés sont-ils, nous demanderons-nous maintenant, susceptibles de se contracter? Jusqu'à présent nous n'avons parlé que du spasme réflexe de tissus musculaires sains, mais on pourrait être tenté de refuser à ces anneaux fibreux qui constituent ce qu'on peut appeler les vrais rétrécissements, la propriété de revenir brusquement, spasmodiquement sur eux-mêmes, en un mot la propriété de se contracter. Il est indispensable pour trancher cette question de physiologie pathologique d'établir une distinction entre les rétrécissements cicatriciels et les rétrécissements spontanés.

Les premiers, formés de tissu inodulaire, ne seront contractiles que si la cicatrice est superficielle et doublée de fibres musculaires ou si le travail réparateur de la solution de continuité n'a pas envahi l'urèthre sur toute sa circonférence, sinon nous refusons toute contrac-

tilité au nouveau tissu qui se sera substitué aux éléments musculaires.

Un rétrécissement est-il au contraire inflammatoire? On peut admettre que les fibres musculaires n'auront pas été toutes étouffées par la lymphe plastique ou l'hyperplasie du tissu connectif sous-muqueux et seront capables d'exercer sur le calibre du canal une certaine influence. La contractilité des rétrécissements inflammatoires est donc subordonnée à l'ancienneté de la lésion ainsi qu'à la profondeur et à l'étendue des altérations.

Ces idées ne sont pas purement théoriques et la pratique de chaque jour, Messieurs, vous en démontre la justesse. Chacun de vous se rappelle, j'en suis certain, avoir vu des rétrécissements de la portion membraneuse ou bulbeuse de l'urèthre se contracter sur la sonde ou sur une bougie, et n'en permettre le passage qu'au bout de quelques instants, ou forcer le chirurgien à ajourner le cathétérisme. Ces variations dans le calibre des angusties ne peuvent être attribuées qu'à un spasme, et si parfois l'on est en droit de ne voir là, avec M. Verneuil, qu'un rétrécissement spasmodique réflexe, il est des cas où l'on ne peut nier avoir affaire à un rétrécissement fibreux contractile dans une certaine mesure. M. Sédillot a obtenu par le chloroforme la résolution, si je puis ainsi parler, de rétrécissements fibreux; M. Landeta a démontré que les rétrécissements péniens eux-mêmes pouvaient se resserrer spasmodiquement; il faut donc compter avec cette propriété des plus importantes du rétrécissement inflammatoire, la *contractilité.*

A peine ai-je besoin de vous dire, que tous les rétrécissements de l'urèthre sont *rétractiles;* je ne parle pas ici du spasme sans lésion organique, du rétrécissement que

j'appelerai réflexe pour le distinguer des rétrécissements inflammatoires spasmodiques, et que je considère comme plus rare que ne le pense M. Verneuil, mais il est bien évident que le tissu conjonctif enflammé et la lymphe plastique sont dans les parois de l'urèthre comme dans les autres tissus éminemment rétractiles. La rétractilité nous explique la tendance qu'ont les rétrécissements à augmenter avec le temps et la résistance qu'ils opposent à la dilatation.

Enfin je rapprocherai de la contractilité, l'*élasticité* des rétrécissements; ces deux propriétés ont entre elles une certaine analogie et l'on peut facilement prendre l'une pour l'autre dans la pratique. Si après le passage d'une bougie assez volumineuse pour dilater le rétrécissement, celui-ci revient immédiatement sur lui-même et reprend le calibre qu'il avait avant l'opération, invoquerons-nous la contractilité ou l'élasticité? Je crois que ces deux propriétés auront pu être mises en jeu, mais que les rétrécissements sont en général plutôt élastiques que contractiles; l'élasticité devra seule être en cause si, après la dilatation, le canal revient simplement au diamètre qu'il avait auparavant, sans [que le rétrécissement augmente. Disons de plus que si la rétractilité est une propriété constante, la contractilité et l'élasticité sont au contraire variables. Aussi a-t-on fait des rétrécissements élastiques et des rétrécissements contractiles des variétés qu'il importe de distinguer au point de vue des indications opératoires; les premiers se laissent dilater en général assez promptement, mais ils se reproduisent avec une rapidité plus grande encore, les procédés de dilatation lente leur sont par conséquent peu applicables; les seconds me semblent répondre aux rétrécissements *irritables* des Anglais; le contact des corps étrangers les exaspère, ils se contractent sur les bougies et après

chaque tentative de cathétérisme deviennent souvent infranchissables pendant un certain temps. Dans ces cas, le passage des sondes provoque en outre les plus vives douleurs, la muqueuse uréthrale s'enflamme et des lésions sérieuses peuvent se développer du côté des voies urinaires et des testicules.

Ce serait une faute grave de croire qu'il faut combattre les rétrécissements par des moyens toujours identiques, après avoir toutefois déterminé s'ils sont cicatriciels ou inflammatoires. Il faut compter avec la nature des malades, car on peut dire que chacun souffre à sa manière, et un même rétrécissement pourra produire chez deux individus des accidents très-différents. Ce grand mot, *l'idiosyncrasie*, domine la pathologie des voies urinaires et les susceptibilités individuelles doivent être soigneusement étudiées, avant qu'on songe à adopter un mode de traitement définitif. Tel malade supportera, en effet, une sonde à demeure pendant des semaines entières, de manière à vous faire admettre l'innocuité absolue de cette méthode, tandis que tel autre, après un simple cathétérisme ou après avoir gardé un quart d'heure au plus une bougie dans l'urèthre, sera pris d'orchite, de fièvre uréthrale ou d'accidents plus graves, de cystite ou de néphrite. Rappelez-vous donc toute l'importance qu'il y a à modifier votre thérapeutique suivant la nature de vos malades, et gardez-vous d'être exclusifs dans le choix de vos procédés opératoires.

Vous interpréteriez mal ma pensée cependant, si vous croyiez qu'en présence d'un rétrécissement très-irritable et qui semble impossible à attaquer, je vous conseille la temporisation ; s'il est parfois utile de temporiser pour parer à quelques complications, il ne faut pas oublier que

tout rétrécissement, quel qu'il soit, peut, à un moment donné, devenir l'épine qui provoquera le spasme de la portion membraneuse, spasme qui persistera longtemps chez quelques malades et les mettra dans la situation de ceux qui sont atteints de rétrécissements ou infranchissables, ou assez serrés pour constituer un obstacle des plus sérieux au cours des urines. Or, sachez-le bien, tout homme qui urine mal est en danger de mort, et celle-ci peut le frapper avec une rapidité surprenante, sans que nous soyions à même d'arrêter la marche des accidents qui précipitent la terminaison fatale. Chez les malades atteints depuis quelque temps de rétrécissements assez étroits, la vessie ayant à lutter contre un obstacle pour se débarrasser de son contenu, s'hypertrophie comme le cœur droit, quand la circulation pulmonaire est embarrassée, comme le cœur gauche dans les cas de rétrécissement de l'orifice aortique ; cette hypertrophie compensatrice ou providentielle, pour emprunter à Beau son ingénieuse expression, ne parvient pas toujours à triompher des barrières placées sur le trajet que doit parcourir l'urine, et la vessie reste souvent au-dessous de sa tâche.

Qu'arrive-t-il alors ? Le réservoir se vide mal, et à supposer qu'il ne survienne pas une rétention d'urine complète, une certaine quantité de liquide séjourne dans sa cavité, s'y altère et entretient une cystite chronique qu'on n'aura chance de guérir que quand l'urine s'écoulera librement et en totalité. Les lésions peuvent en rester là, mais il arrive trop souvent que l'inflammation gagne les uretères et les reins, et vous voyez alors vos malades, après avoir accusé des frissons irréguliers et répétés contre lesquels le sulfate de quinine est impuissant, et après avoir rendu des urines troubles et purulentes, être

emportés rapidement par une pyélite et une néphrite sur l'existence desquelles les abcès que vous trouvez dans le rein à l'autopsie ne peuvent vous laisser aucun doute.

Rappelez-vous donc que chez les malades atteints de rétrécissements, la cystite présage la néphrite et que contre cette complication, nous sommes désarmés; d'où cette conclusion rigoureuse que la cystite est une indication formelle et pressante de supprimer par tous les moyens possibles, quelque radicaux qu'ils soient, l'obstacle, c'est-à-dire le rétrécissement.

A côté de la néphrite, je n'oublierai pas de vous signaler l'infiltration d'urine dont la gravité n'échappe à personne et qui reconnaît si fréquemment pour cause un rétrécissement étroit de l'urèthre. Il est à peine besoin de vous rappeler la manière dont elle se produit. Je ne parle pas des plaies, des fausses routes que peut créer un instrument manié par une main maladroite, mais de ces infiltrations spontanées qui surviennent en dehors de toute intervention chirurgicale. Hunter expliquait le passage de l'urine dans le tissu cellulaire qui entoure le canal par l'ulcération de la muqueuse en arrière du rétrécissement; il était certainement trop absolu. Sans doute, la muqueuse peut s'ulcérer au contact de l'urine qui stagne derrière un rétrécissement, surtout lorsque ce iquide est alcalin, chargé de sels, ou purulent, mais nous croyons avec M. Voillemier, qu'il faut tenir grand compte de la friabilité des tissus et de l'hypertrophie vésicale. Si la vessie se contracte brusquement et avec force, la muqueuse se déchirera et l'urine passera dans le tissu cellulaire de la verge, des bourses et du périnée, ou dans les fosses ischio-rectales et dans le petit bassin, suivant le point du canal où se sera faite la rupture. La solution de

continuité est-elle large? Le liquide sortira en abondance par la plaie et pourra produire ces vastes décollements dont je n'ai pas à vous décrire ici l'étendue. Si, au contraire, la déchirure est étroite, et si le rétrécissement n'est pas trop serré, une petite quantité d'urine seulement s'insinuera dans les tissus, se creusera une cavité dont les parois ne tarderont pas à suppurer, et l'abcès urineux, diminutif de l'infiltration d'urine, apparaîtra soit au périnée au niveau de la racine des bourses, soit sous la peau de la verge, soit enfin au-dessus de l'aponévrose moyenne en se portant vers les fosses ischio-rectales, suivant le siége de la déchirure qui est presque toujours située immédiatement en arrière du rétrécissement. Ces abcès urineux doivent être distingués des poches urineuses qui ne sont que des dilatations de l'urèthre derrière un point rétréci.

Le malade dont je vous ai rapporté l'histoire au début de cette leçon, a eu très-probablement un de ces abcès urineux sur la fréquence desquels je ne saurais trop insister; l'infiltration d'urine aura d'abord été très-limitée et il nous a dit que par les deux ouvertures qui furent pratiquées, il s'écoula immédiatement du pus et de l'urine. Ces renseignements me portent à croire que l'abcès communiquait primitivement avec l'urèthre et s'était produit de dedans en dehors, sinon du pus se serait échappé brusquement à un moment quelconque par le canal; puis, nous avons vu que cet abcès périnéal s'était étendu vers la cuisse gauche, par les progrès de l'infiltration; enfin, un nouvel et dernier abcès apparut au-dessus du pubis, et il n'était sans doute qu'une fusée purulente et urineuse vers cette région, et non un abcès distinct du premier, car l'urine s'écoulant par les fistules périnéales, ne devait

avoir aucune tendance à s'échapper du canal par une nouvelle déchirure.

Notez donc cette multiplicité des orifices fistuleux cutanés qui succèdent à l'ouverture des abcès urineux; notre malade nous en a présenté plusieurs et Civiale en a compté jusqu'à cinquante-deux sur le même sujet. Vous voyez que leur siége est très-variable et qu'ils peuvent être très-éloignés les uns des autres. Ces orifices sont plus ou moins larges; tantôt masqués par une végétation rouge, molle et saignante, tantôt situés au fond d'un entonnoir cutané, ils répondent à des trajets, parfois directs, plus souvent tortueux, à parois adhérentes aux tissus dans lesquels ils sont creusés, molles et fongueuses ou revêtues d'une membrane lisse. Ces trajets, dont la longueur varie, aboutissent soit à une cavité, à celle de l'abcès, soit directement à l'urèthre, surtout s'ils sont anciens; tantôt ils s'ouvrent par des orifices distincts en arrière du rétrécissement, tantôt ils se réunissent et n'ont qu'un orifice commun en général large et évasé. Ils forment de véritables cordes parfois faciles à sentir sous la peau comme chez notre malade, et cette induration des tissus tient à leur transformation au contact longtemps prolongé de l'urine; ils peuvent contenir des calculs formés sur place par dépôts de sels calcaires ou leurs parois s'infiltrent de concrétions de même nature.

Chez le malade de notre service, il n'existe plus qu'un trajet qui ne nous permet de conduire dans l'urèthre ni une bougie, ni un stylet; il communique cependant avec le canal, puisque l'urine s'écoule par la fistule périnéale et si nous ne sommes pas parvenus à mettre en contact le stylet et la sonde introduite dans l'urèthre, par le cathétérisme combiné de ce canal et du trajet, nous n'en con-

cluons pas moins à l'existence d'un orifice interne. Les injections colorées exploratrices ne nous rendraient aucun service; nous n'avons point à nous demander si la fistule a eu pour point de départ un abcès tuberculeux, stercoral ou ossifluent de la marge de l'anus; le diagnostic est clair et précis et nous ne devons songer qu'au traitement le plus propre à amener la cicatrisation de cette fistule qui, comme toutes celles qui sont entretenues par le passage d'un produit de secrétion, se montrera des plus rebelles, si nous ne détournons pas l'urine de la voie dans laquelle elle s'engage depuis dix-huit mois.

Avant de rien tenter contre la fistule, il est rationnel de faire tous nos efforts pour rendre à l'urèthre son calibre, en nous adressant d'abord au rétrécissement; peut-être le trajet fistuleux qui existe actuellement se cicatrisera-t-il de lui-même lorsque l'urine trouvera dans un urèthre large un chemin librement ouvert, sinon nous aviserons aux moyens d'obtenir son oblitération.

Quelles sont, Messieurs, les ressources dont nous pouvons disposer contre les rétrécissements, et quelles sont les opérations qu'il convient de pratiquer en présence des diverses variétés que je vous ai brièvement signalées? C'est ce que je vais examiner avec vous, en étudiant les indications de chacun des procédés les plus usités.

Les anciens chirurgiens, imbus de cette conviction que la plupart des dysuries étaient causées par la présence dans l'urèthre de caroncules, vantaient avant tout la cautérisation, pensant ainsi que, l'obstacle détruit, le cours des urines se rétablirait. Bien qu'ils partissent d'une idée fausse, ils obtenaient néanmoins des succès, mais ces succès devaient être attribués en grande partie à la dilatation qu'ils joignaient ou faisaient succéder aux cautérisations,

tout en ne lui accordant qu'une influence insignifiante sur l'heureux résultat de leur traitement. La dilatation dont la valeur était méconnue fut donc pratiquée avant d'être érigée en méthode; plus tard on en discuta le mode d'action et elle devint un de nos plus puissants agents de guérison.

La dilatation peut être lente et progressive, ou au contraire rapide et même instantanée.

L'idée qui avait inspiré les premiers partisans de la cautérisation, l'erreur qui consistait à voir partout des caroncules, devait aussi faire naître l'espérance de remédier à la dysurie non plus seulement par la destruction des carnosités au moyen des caustiques, mais par leur abrasion, et les premiers instruments coupants introduits dans l'urèthre n'avaient d'autre but que celui d'écorcher, d'user la surface interne des rétrécissements. Puis la connaissance plus exacte des lésions anatomiques entraîna des modifications dans les procédés opératoires comme dans l'appareil instrumental, et l'on incisa réellement les rétrécissements de dedans en dehors; l'uréthrotomie interne entra dès lors dans la pratique journalière. Quant à l'uréthrotomie externe, elle date en quelque sorte du jour où l'on pratiqua la boutonnière, et nous avons vu les phases par lesquelles elle a passé avant de devenir une opération dont tous les temps sont aujourd'hui aussi bien réglés que ceux d'une amputation.

Cautérisation, *dilatation progressive* ou *instantanée*, *uréthrotomie interne*, et *uréthrotomie externe:* telles sont les quatre méthodes qui, bien souvent, sont combinées avec avantage, et auxquelles nous nous adressons contre les rétrécissements de l'urèthre.

La première en date, la *cautérisation*, n'a plus guère aujourd'hui qu'un intérêt historique, bien qu'on puisse encore

y avoir recours dans certains cas comme adjuvant des autres méthodes. Les chirurgiens du XVIe siècle, Amatus Lusitanus, Ferri, Lacuna, Ambroise Paré, Loyseau qui fut appelé à donner des soins à Henri IV, se servaient d'onguents escharotiques dont la formule, comme toutes celles qui étaient alors usitées, manquait absolument de simplicité. Ils portaient cet onguent au niveau du rétrécissement, siége des soi-disant carnosités, à l'aide de bougies creusées de gouttières ou à travers une canule de métal percée en un point, latéralement ou à son extrémité. Ils pratiquaient donc, les uns, la cautérisation latérale, les autres, la cautérisation d'avant en arrière. Tous ou presque tous laissaient à demeure, un certain temps, la bougie enduite de l'onguent, ou conseillaient, comme Ambroise Paré, de passer ensuite de grosses verges de plomb pour achever la guérison.

Hunter, après Roncalli et Wiseman, fit usage du *nitrate d'argent*, et, à l'aide d'instruments qu'il modifia successivement, érigea en méthode la *cautérisation d'avant en arrière*, tout en se montrant partisan de la dilatation. Everard Home fut plus exclusif, et en exagérant les avantages de la méthode de son maître, il la rendit dangereuse par l'abus excessif qu'il en fit.

La *cautérisation latérale* employée, nous l'avons vu, par A. Paré, fut remise en honneur par Ducamp, qui se servait d'une bougie emplastique porte-empreinte pour reconnaître la forme et le siége du rétrécissement, et qui lui substituait ensuite une cuvette chargée de nitrate d'argent coulé dans sa cavité et cachée dans une sonde; celle-ci conduite jusqu'au rétrécissement, la cuvette était poussée hors de l'instrument et pénétrait dans l'angustie dont elle cautérisait la surface interne. Lorsque l'urèthre cautérisé un

certain nombre de fois pouvait admettre une sonde de 6 millimètres, Ducamp faisait la dilatation à l'aide de bougies à ventre, ou de bougies dilatatrices à eau. Lallemand, M. Ségalas, imaginèrent des porte caustiques qui sont aujourd'hui les seuls usités. Leurs instruments se composent d'une cuvette chargée de nitrate d'argent qu'on démasque dans le rétrécissement, en retirant un peu la canule d'argent dans laquelle elle est contenue.

Cette courte esquisse de l'histoire de la cautérisation des rétrécissements vous montre qu'on a employé principalement soit des onguents escharotiques, soit le nitrate d'argent. C'est à peine s'il convient de mentionner les essais que Wately fit de la potasse caustique, sel éminemment liquéfiable qui doit fuser dans le canal et dont on conçoit tous les dangers sans en comprendre les avantages. Au point de vue du manuel opératoire, retenez simplement que l'on peut pratiquer la cautérisation soit latérale, soit d'avant en arrière; je laisse de côté et à dessein la cautérisation d'arrière en avant que Leroy d'Étiolles a conseillée dans certains cas.

Je vous signalerai aussi, Messieurs, le traitement par la galvanocaustique chimique, préconisé par MM. Mallez et Tripier. Voici en peu de mots comment on procède d'après cette méthode : la pile employée comprend douze petits couples au bisulfate de mercure; l'excitateur positif a la forme d'un large bouton de charbon qu'on fixe sur la cuisse et qui est séparé de la peau par deux ou trois disques d'agaric mouillé. L'électrode uréthral consiste en un mandrin dont l'extrémité ferme, comme un embout, l'ouverture d'une sonde de gomme destinée à protéger les parties sur lesquelles ne doit pas porter la cautérisation. L'excitateur uréthral recouvert de la sonde

protectrice étant amené contre la face antérieure du rétrécissement, on ferme le circuit sur l'excitateur positif fixé sur la cuisse. On pousse alors légèrement le mandrin contre le rétrécissement, et quand l'obstacle est détruit, la sonde passe sans difficulté.

Vous voyez d'après cette description, que j'emprunte au mémoire des auteurs du procédé, que l'opération en elle-même est fort simple; les suites, si je m'en rapporte au même document, en seraient des plus heureuses; aucune manœuvre ultérieure ne doit compléter le traitement qui ne nécessite en général qu'une seule séance de cinq à dix minutes; la guérison serait presque toujours radicale, et des accidents à redouter à la suite de la cautérisation, il n'en est pas fait mention. MM. Mallez et Tripier s'expliquent les beaux succès obtenus à l'aide de la galvanocaustique chimique par le peu de rétractilité des cicatrices qui succèdent à la chute des eschares produites par les alcalis, eschares auxquelles on peut comparer celles qui résultent de l'application sur le rétrécissement de l'électrode négative de leur pile.

Il serait sans doute téméraire de juger dès aujourd'hui la nouvelle méthode, je sais que plusieurs de mes collègues la croient appelée à un grand avenir, et les faits cités par MM. Mallez et Tripier sont des plus encourageants; espérons que la thérapeutique des rétrécissements s'enrichira d'un procédé utile.

Quant à la cautérisation pratiquée d'avant en arrière par M. Désormeaux, à l'aide de son endoscope, elle n'offre que les avantages de la cautérisation en général, bien que, grâce à l'instrument, on puisse agir avec précision et ne toucher avec le caustique que les points de la muqueuse dont on constate, *de visu*, les altérations.

Dirons-nous, Messieurs, que la cautérisation est une méthode surannée et qu'on doit entièrement abandonner? Oui, si on la considère comme applicable à tous les cas, quand même on employerait concurremment la dilatation. Non, si au lieu d'en faire une méthode, on ne voit dans son emploi qu'un moyen de venir en aide à la dilatation ou à l'uréthrotomie. M. Voillemier en a parfaitement saisi les indications, et je partage son avis. Retenez donc ceci, c'est que la cautérisation pourra vous être utile, d'une part, pour modifier les rétrécissements irritables, car un ou deux attouchements superficiels suffiront quelquefois pour calmer leur susceptibilité; de l'autre, pour détruire les brides qui obstruent certains rétrécissements et empêchent la pointe des bougies de s'y engager; ces cautérisations, vous les pratiquerez, soit au moyen du porte-caustique de Lallemand ou de M. Ségalas, soit à l'aide d'une canule dans laquelle vous insinuerez un mandrin terminé par une olive rugueuse recouverte d'une couche de nitrate d'argent. Ce dernier instrument, très-simple, est celui dont se sert M. Voillemier; je le crois bon et susceptible d'être employé avec avantage.

De tous les modes de traitement usités aujourd'hui contre les rétrécissements, celui auquel on s'adresse le plus volontiers est sans contredit la *dilatation*. La cautérisation, comme méthode générale, est tombée en effet dans un juste oubli, et l'uréthrotomie externe est une opération grave et souvent difficile; elle expose de plus les malades à conserver une fistule uréthrale; en un mot, elle a ses indications bien nettes, bien déterminées, et n'est qu'une opération d'exception. Il est naturel de chercher à n'employer, contre les rétrécissements, que des moyens qui, tout en étant efficaces, soient le plus possible exempts de danger,

et aboutissent à une guérison rapide. Sous ce rapport, je crois, et nous le verrons plus loin, que l'uréthrotomie interne est appelée à détrôner pour ainsi dire la dilatation et à devenir une opération usuelle; mais aujourd'hui tous les esprits n'y sont pas faits, beaucoup de chirurgiens ont de la répugnance à inciser l'urèthre, à moins d'y être absolument contraints. On a donc encore très-souvent recours à la dilatation.

La dilatation, je vous l'ai montré, n'est pas une méthode nouvelle; après les chirurgiens qui l'employèrent comme complément de la cautérisation, vinrent ceux qui en firent la base de leur thérapeutique. Col de Villars se servait de bougies de cire qui restaient en permanence dans l'urèthre et n'étaient retirées que pendant la miction. Astruc conseillait des baguettes de plomb de différents calibres, qu'on ne devait laisser en place que quelques heures par jour. Hunter reconnaissait l'utilité de la dilatation simple et ne voyait pas là un moyen purement mécanique. Ces quelques noms suffisent pour vous prouver que la dilatation ne date pas d'hier, et je n'insisterai pas davantage sur ces préliminaires historiques.

Classer méthodiquement les nombreux procédés de dilatation que nous connaissons, n'est certes pas chose facile, et j'avoue que la division que propose M. Voillemier ne me satisfait pas complétement, bien qu'elle soit fondée sur des principes de physiologie pathologique que je suis tout disposé à accepter. M. Voillemier décrit deux modes de dilatation : l'une inflammatoire, et l'autre mécanique; la première comprend la dilatation atrophique et la dilatation ulcérative; la seconde, le cathétérisme forcé et tous les procédés de dilatation plus ou moins brusques.

La *dilatation inflammatoire atrophique* comprend tous

les procédés qui ont pour résultat d'enflammer la muqueuse uréthrale au niveau du rétrécissement et le rétrécissement lui-même; celui-ci devenu ainsi plus vasculaire et plus mou, une partie de ses éléments se résorbent, et l'on peut passer alors des bougies de plus en plus volumineuses. Ces bougies, en exerçant une pression excentrique sur le tissu modifié par le travail pathologique, atrophient les éléments élastiques et musculaires : aussi, suivant M. Voillemier, les rétrécissements sont-ils incapables de se resserrer par le fait soit de leur élasticité, soit de leur contractilité, puisque ces deux propriétés sont abolies.

La théorie est ingénieuse, et voici comment la pratique est mise d'accord avec elle. On introduit dans la vessie une bougie assez grosse pour remplir exactement le rétrécissement et on la laisse à demeure jusqu'à ce qu'un écoulement muco-purulent s'établisse dans l'urèthre; le malade urine entre elle et les parois du canal. L'écoulement survient au bout de trois ou quatre jours, et à cette époque la bougie, primitivement serrée, joue dans le rétrécissement dont le tissu enflammé est ramolli. A partir du sixième ou septième jour, M. Voillemier augmente progressivement le calibre des bougies, jusqu'à ce qu'il puisse passer celles qui ont de 7 à 8 millimètres, après quoi il se sert de cathéters d'étain, sans les laisser à demeure, pour entretenir la dilatation et achever l'atrophie des tissus. Il supprime ainsi tardivement l'usage des bougies à demeure, mais il recommande aux malades de se sonder pendant longtemps avec des cathéters qui devront être introduits chaque jour ou à des intervalles plus ou moins éloignés suivant la facilité avec laquelle s'accomplira la miction.

La *dilatation inflammatoire ulcérative* consiste à laisser à demeure dans le canal une bougie assez volumineuse

pour ulcérer et détruire le rétrécissement. Malgré l'autorité de Hunter qui comprenait ainsi la dilatation, M. Voillemier repousse ce mode de traitement comme inefficace et dangereux; ulcérer les rétrécissements, c'est en effet produire à coup sûr une cicatrice qui par sa rétraction amènera la récidive, et c'est d'autre part s'exposer à causer une suppuration du corps spongieux, d'où résulteraient les plus graves accidents, tels que la phlébite et l'infection purulente. L'idée ne peut venir à personne aujourd'hui d'adopter une pareille méthode, et ce qui me détourne d'admettre l'excellence de la dilatation inflammatoire atrophique telle que la pratique M. Voillemier, c'est justement la crainte de produire sans le vouloir des ulcérations. Qui nous prouve en effet qu'une bougie laissée à demeure quinze ou vingt jours, quand même elle n'exercera pas une pression trop énergique sur le rétrécissement, ne l'ulcérera pas? Il y aura toujours contact d'un corps étranger avec une muqueuse, et il ne nous est pas permis de décider à l'avance que l'inflammation n'aboutira pas à une ulcération. Bien plus, on ne peut répondre que la pointe de la bougie n'ulcérera pas la vessie; chacun enfin ne sait-il pas combien une sonde à demeure, chez certains sujets, provoque facilement de la cystite du col ou du corps et même des néphrites suppurées?

En tous cas, Messieurs, ce qui est certain, c'est que le séjour d'une bougie dans un urèthre rétréci est souvent pour les malades une source de souffrances continuelles; tantôt ce sont des spasmes douloureux qui surviennent dans le cours du traitement, tantôt ce sont des érections permanentes qui privent les malades de sommeil et les exaspèrent, tantôt enfin ce sont des frissons et des accès de fièvre urineuse dont la gravité ne peut nous échapper. Quoique M. Voillemier nous dise que les spasmes qui s'opposent à

l'entrée des bougies sont en général combattus avec efficacité par quelques cautérisations, quoiqu'il nous affirme que l'atrophie des éléments musculaires se produise promptement et bien qu'il admette volontiers des contre-indications à sa méthode, j'avoue que celle-ci me séduit peu, et, pour mon compte, je lui préfère la *dilatation temporaire progressive* qui doit agir de la même façon, par atrophie, mais qui me paraît moins dangereuse et aussi sûre.

Je vous conseillerai donc, si vous voulez tenter la dilatation lente, de passer chaque jour une bougie d'un calibre de plus en plus fort que vous ne laisserez à demeure qu'une demi-heure au plus; vous irez lentement pour éviter de trop enflammer la muqueuse et, si la dilatation est mal supportée, vous userez largement des bains, des lavements laudanisés et des antiphlogistiques. L'emploi des bougies d'étain de Béniqué m'a toujours paru avantageux; elles sont bien graduées et leur forme est excellente, mais on ne peut les passer que lorsque le rétrécissement est déjà un peu dilaté. Vous n'éviterez par la dilatation temporaire ni la fièvre uréthrale, ni les cystites, mais j'ai la persuasion que ces accidents seront moins à redouter que si vous recouriez à la dilatation permanente. Du reste, nous verrons tout à l'heure quels sont les cas où toute dilatation est contre-indiquée et pour moi ils sont nombreux.

Les procédés que comprend la dilatation dite mécanique sont assez multipliés, mais peu jouissent encore d'un certain crédit. Tous ont pour principe la dilatation rapide qu'on peut opposer à la dilatation lente dont je viens de vous parler; je dirais volontiers que *la dilatation rapide est tantôt progressive et tantôt instantanée*. Opposer la dilatation inflammatoire atrophique à la dilatation mécanique, comme l'a fait M. Voillemier, me semble sous-entendre que

l'inflammation ne joue aucun rôle dans la cure des rétrécissements traités par la dilatation mécanique, et c'est là un vice que je signalerai dans sa classification.

Toute dilatation, en effet, provoque une inflammation atrophique lorsque, après avoir élargi lentement ou plus ou moins brusquement le canal, on entretient son calibre à l'aide des bougies, seulement, tantôt l'inflammation est antérieure à la dilatation et la favorise, tantôt elle est consécutive et permet au tissu cicatriciel de se mouler en quelque sorte sur les sondes, qui n'agissent que comme des mandrins en l'empêchant de se rétracter et de rétrécir à nouveau le canal.

Parmi les procédés de *dilatation rapide progressive*, nous rangerons, non pas celui de Béniqué, puisqu'il consiste à faire usage de bougies d'étain graduées par 5 ou 6 dixièmes de millimètre et à ménager le canal grâce au nombre des numéros des cathéters, mais le *cathétérisme forcé* tel que le pratiquait Mayor. L'audacieux et paradoxal chirurgien de Lausanne n'avait pas craint d'affirmer que plus un rétrécissement est prononcé, plus on a besoin de s'armer de cathéters volumineux. Aussi avait-il sept cathéters de différents calibres et commençait-il par passer le plus petit quand le rétrécissement était serré, tant il était conséquent avec ses principes.

Dire que les bougies rigides passent mieux que les bougies souples dans certains rétrécissements, dire que les bougies à bouts pointus s'embarrassent parfois dans des brides là où des extrémités plus grosses déplissent la muqueuse, dire enfin que les sondes d'un fort calibre triomphent plus facilement des hypertrophies de la prostate que les petites, rien de plus juste ; mais, quand il s'agit de rétrécissements fibreux, d'anneaux peu extensibles de prime abord, aller

contre les lois que nous dicte le bon sens, sans doute par amour du paradoxe, c'est ce qu'il n'est pas possible d'accepter sur le terrain des débats scientifiques. Le procédé de Mayor ne mérite donc pas d'être discuté, d'autant plus qu'il expose à des fausses routes et à des ruptures de l'urèthre par la violence dont il nécessite l'emploi.

Une méthode de dilatation rapide progressive qui a donné d'assez bons résultats, est celle de Perrève. Elle consiste à introduire dans l'urèthre un dilatateur formé de deux valves d'acier susceptibles de s'écarter lorsqu'on insinue entre elles un mandrin ; cet instrument a la forme d'un cathéter à bec court, légèrement recourbé ; on lui fait franchir le rétrécissement après avoir préalablement *dilaté celui-ci* s'il est trop étroit, et on l'introduit dans la vessie.

Le cathéter en place, on insinue le mandrin entre ses deux valves qu'on écarte ainsi plus ou moins de façon à produire une dilatation variable, et les jours suivants on porte la dilatation plus loin ; plusieurs séances sont donc nécessaires pour obtenir un élargissement suffisant du canal, à moins qu'on ne veuille du premier coup donner aux valves leur maximum d'écartement.

C'est là, Messieurs, une méthode aujourd'hui presque absolument abandonnée. Comme le fait avec raison remarquer M. Voillemier, lorsque les valves sont écartées, l'instrument prend une forme ovale qui est loin d'être celle de l'urèthre, et de plus, il ne peut y avoir que des inconvénients à dilater ainsi en plusieurs fois un rétrécissement qui de toute nécessité est enflammé par les manœuvres des jours précédents, et par suite, très-irritable.

La *dilatation* que j'appellerai *rapide instantanée* est sans contredit préférable à cette dilatation rapide, mais

progressive, qui multiplie sans utilité les contusions et les déchirures. Parmi les procédés de dilatation instantanée, j'éprouve une certaine répugnance à compter le cathétérisme forcé, car ce n'est pas là, à proprement parler, de la dilatation, mais plutôt de la perforation, soit du rétrécissement, soit du canal et du périnée. Je ne conçois pas pour mon compte le cathétérisme forcé appliqué au traitement d'un rétrécissement ; si celui-ci, quoique serré, peut être franchi, à quoi bon, en effet, enfoncer un peu au hasard, quoi qu'en dise Boyer, une sonde conique qui pourra facilement s'égarer, sortir de l'urèthre et traverser la prostate pour arriver dans la vessie, quand on a à sa disposition bien d'autres modes de traitement? Lorsque, d'autre part, le rétrécissement est infranchissable, il n'y a pas toujours indication urgente de vider la vessie ; nous savons tous que le spasme qui s'oppose si souvent au cathétérisme peut cèder au repos, aux bains et aux antiphlogistiques, et les malades peuvent alors uriner suffisamment pour qu'il nous soit quelquefois permis de temporiser. Si par malheur le malade n'urine pas et si le rétrécissement persiste à rester infranchissable, la ponction sus-pubienne de la vessie est certainement préférable au cathétérisme forcé, si nous ne voulons pas entreprendre immédiatement une opération radicale. Je crois que les ponctions capillaires répétées avec un de ces aspirateurs qu'on modifie tous les jours, sont ici capables de nous rendre les plus grands services ; mais je n'hésiterais pas, pour mon compte, à faire immédiatement l'uréthrotomie externe sans conducteur, dans le cas où je serais en présence d'un rétrécissement cicatriciel ou d'un rétrécissement spontané qui me serait démontré définitivement infranchissable. Je réserverais le cathétérisme forcé pour ces cas exceptionnels où un rétrécissement siège dans la

portion pénienne de l'urèthre et où l'on a grande chance de pénétrer à travers des tissus peu épais dans le canal dilaté par l'urine, c'est-à-dire dans une véritable poche urineuse. Nous ne sommes point tenus, malgré notre admiration pour des hommes tels que Desault, Chopart, Boyer et Roux, à partager leur engouement pour une méthode infidèle, dangereuse et inutile.

Pour en finir avec les procédés de dilatation, il me reste, Messieurs, à vous parler de la *divulsion*, méthode qui, employée depuis longtemps en Angleterre par Bernard Holt, à l'hôpital de Westminster, a été vulgarisée en France par M. Voillemier, depuis 1866. La divulsion fait échec aujourd'hui à l'uréthrotomie interne; nous aurons donc à comparer plus tard les deux méthodes et à chercher si l'une doit être adoptée à l'exclusion de l'autre, ou si chacune a ses indications spéciales.

La divulsion produit une dilatation complète et instantanée des rétrécissements, et diffère en cela de la méthode de Perrève qui dilatait le canal en plusieurs temps. De plus, les valves de l'instrument de Perrève, éloignées l'une de l'autre par un mandrin qui ne jouait que le rôle d'écarteur, n'agissaient pas sur toute la circonférence de l'urèthre, tandis qu'avec le divulseur dont se sert M. Voillemier la dilatation porte sur tous les points du rétrécissement, parce qu'elle est produite par un mandrin cylindrique.

Dans l'instrument auquel je fais allusion, deux petites lames d'acier réunies à leur extrémité inférieure servent de conducteur à un mandrin à bout conique; ces lames sont d'abord introduites accolées l'une à l'autre dans le rétrécissement, guidées elles-mêmes par une bougie fine et flexible que l'on visse à leur extrémité. Légèrement

courbes dans leur dernière portion, elles pénètrent dans la vessie avec la bougie qui les y précède et s'y replie ; puis, on les écarte doucement et l'on engage chacune d'elles dans une rainure creusée sur un mandrin dont elles ne dépassent pas la surface, et dont elles ne modifient pas la forme parfaitement cylindrique. Celui-ci est alors poussé jusque dans la vessie, sans pouvoir s'égarer dans sa route, et fait éclater le rétrécissement. C'est donc ici le mandrin qui dilate, et non les valves. Ce temps de l'opération accompli, on retire mandrin et conducteur, et l'on visse sur la bougie un long stylet droit sur lequel glisse dans la vessie une sonde en gomme ouverte à ses deux bouts et terminée à son extrémité inférieure par un ajutage d'argent percé de trous nombreux et à bord convexe. Cette sonde reste à demeure pendant vingt-quatre heures, et vers le dixième ou le quinzième jour seulement M. Voillemier passe dans le canal, pour le calibrer, des bougies d'étain dont il continue l'emploi un certain temps.

La *divulsion*, car tel est le nom imposé à cette opération, est douloureuse, mais elle se fait avec la plus extrême rapidité, et ne produit en général qu'un très-léger écoulement sanguin ; nous serons mieux à même d'étudier son mode d'action et les avantages qu'elle présente après nous être occupés de l'uréthrotomie interne ; je vous dirai seulement ici qu'elle donne de bons résultats.

L'*uréthrotomie interne*, Messieurs, est une méthode qui comprend tous les procédés, et ils sont nombreux, à l'aide desquels on pratique l'incision du canal de l'urèthre de dedans en dehors. Loin de moi la pensée de les passer en revue ! Une pareille énumération n'aurait d'autre résultat que de porter la confusion dans votre esprit,

et le public médical étant aujourd'hui fixé sur la valeur des instruments, je me bornerai à vous décrire avec détails le procédé de M. Maisonneuve qui, selon moi, malgré quelques imperfections, a sur tous les autres une grande supériorité.

Au point de vue historique, cependant, je vous rappellerai qu'au XVIe siècle, alors que la théorie des carnosités régnait en souveraine maîtresse dans la science et entraînait l'emploi de la cautérisation, l'uréthrotomie interne fut réellement pratiquée; Ferri, A. Paré, Francisco Diaz firent usage de sondes coupantes et d'instruments que je ne vous décrirai pas, destinés à traverser ou à écorcher les caroncules : cautérisation, section et dilatation, tels étaient en somme les procédés du temps. Vous voyez qu'une idée fausse avait néanmoins conduit les chirurgiens de cette époque à ouvrir une voie dans laquelle devaient les suivre leurs successeurs, dont le mérite consiste à avoir perfectionné l'appareil instrumental et posé des indications thérapeutiques précises, fondées sur de saines notions d'anatomie pathologique.

Physick à la fin du siècle dernier, Arnolt dans les premières années de celui-ci, inventèrent des uréthrotomes, mais ces instruments étaient bien inférieurs à ceux qu'en 1824 imagina Amussat. L'un de ces derniers se composait d'une canule d'argent à renflement olivaire d'acier présentant de petites crêtes coupantes, qu'on poussait sur un mandrin; l'autre était un coupe-bride utile pour diviser les rétrécissements valvulaires. Malgré les efforts tentés par les partisans de l'uréthrotomie interne, cette opération ne devint un sujet de discussions sérieuses que lorsque Reybard, en 1833, présenta à l'Académie de médecine un mémoire qui fut couronné par la savante société. Le procédé

de Reybard eut un tel retentissement que je ne puis me dispenser de vous en dire quelques mots.

Reybard insista sur l'inefficacité des scarifications telles qu'en faisaient les uréthrotomes employés avant le sien, et préconisa au contraire les incisions longues et profondes. Il se servait d'un instrument composé de deux bandes d'acier qui, en s'écartant, dilataient fortement le canal, et d'une tige portant une lame qu'on faisait saillir à volonté. Le rétrécissement franchi, il incisait dans un premier temps, d'arrière en avant, la paroi inférieure de l'urèthre en commençant l'incision derrière l'obstacle et en la prolongeant sur une étendue de 6 à 7 centimètres; il intéressait ainsi muqueuse et rétrécissement, et la lame devait arriver jusque sous la peau. Dans un second temps, il cachait la lame, réintroduisait l'instrument dans le canal, puis, après l'avoir fixé au point de départ de l'incision en transperçant les tissus, il écartait les bandes d'acier de façon à dilater le rétrécissement autant que possible. Il combinait ainsi la dilatation instantanée avec l'incision, et continuait pendant un mois environ à faire chaque jour la dilatation avec le même instrument privé de sa lame coupante. Quelquefois, après l'opération, il mettait une sonde à demeure pendant vingt-quatre heures, et avant de la placer, il vérifiait si l'incision était assez profonde, en promenant dans la plaie le bec d'un cathéter à bout coudé à angle droit.

On peut dire, sans se montrer, je crois, critique trop sévère, que le procédé de Reybard était de la dernière brutalité, et l'on ne voit pas la nécessité de meurtrir ainsi des tissus auxquels tous nos efforts doivent tendre à faire retrouver de la souplesse et de l'élasticité. Après les grandes incisions, la rétractilité du tissu cicatriciel, que Reybard niait pour les besoins de sa cause, entraînait fréquemment la

récidive, ou si la miction pouvait s'effectuer convenablement, la verge restait presque toujours courbée pendant les érections comme dans cette variété de chaudepisse que l'on appelle vulgairement *cordée*. N'oublions pas non plus de signaler la dilatation de l'urèthre sur toute la longueur de l'incision, dilatation qui constituait une véritable infirmité. La lame ayant pénétré jusque sous la peau, la paroi inférieure de l'urèthre ne pouvait pas toujours se reconstituer par une cicatrice assez solide pour résister au choc de l'urine, et il se produisait une poche urineuse qui se remplissait pendant la miction et que le malade était obligé de vider par des pressions. C'était là, ce me semble, la contre-partie de la récidive du rétrécissement.

Les résultats éloignés de l'opération n'étaient pas toujours très-brillants, vous le voyez, Messieurs : récidive ou poche urineuse, telles étaient les suites fréquentes de l'uréthrotomie par le procédé de Reybard ; il faut dire cependant, pour être juste, que parfois on obtenait des succès. Mais quels n'étaient pas les dangers immédiats que couraient les opérés ? Tantôt les hémorrhagies les plus abondantes nécessitaient une compression exercée sur l'urèthre de dehors en dedans, tantôt le sang s'infiltrait sous la peau du prépuce, de la verge, du scrotum et du périnée, et une suppuration de longue durée amenait le sphacèle des téguments ou la mort par épuisement ; tantôt c'était l'urine qui décollait et détruisait les tissus ; tantôt enfin, des accès de fièvre urineuse ou l'infection purulente consécutive à une phlébite du tissu spongieux emportaient les malades. Il n'en pouvait être autrement quand on songe aux tissus intéressés par les incisions et aux violences qu'exerçait sur eux la dilatation faite avec des instruments rigides.

Malgré les vices du procédé de Reybard, on comprit que

les rétrécissements pouvaient être incisés plus profondément qu'ils ne l'avaient été jusqu'alors; la question de l'uréthrotomie fut mise partout à l'ordre du jour, et les uréthrotomes se multiplièrent. Les uns incisaient d'arrière en avant, les autres d'avant en arrière; les uns étaient droits, les autres courbes; presque tous étaient à lame cachée. Je vous citerai seulement ceux de MM. Leroy d'Étiolles, Ricord, Charrière, Civiale, et j'arrive à la description de celui de M. Maisonneuve.

L'auteur fit subir à son instrument plusieurs modifications depuis l'époque où il publia son mémoire sur la cure radicale et instantanée des rétrécissements, c'est-à-dire depuis 1855. Avant lui, on avait déjà eu l'idée d'adapter à l'extrémité des uréthrotomes un conducteur destiné à les guider dans la vessie et à les empêcher de faire fausse route, mais ces conducteurs en gomme élastique ou en métal, imaginés par Mac-Ghie et Amussat, étaient très-courts. A M. Maisonneuve revient l'honneur d'avoir préconisé l'emploi de bougies de gomme élastique très-fines et de la longueur des bougies ordinaires, terminées par un petit ajutage métallique vissé, à l'extrémité des instruments qui pénètrent ainsi dans le rétrécissement et dans la vessie, sans qu'on ait à redouter de les voir déchirer les tissus et sortir de l'urèthre. Une de ces bougies termine le conducteur métallique du divulseur; c'est là une pièce qui appartiendra sans doute désormais à tous les uréthrotomes qui seront inventés par la suite, car elle rend les plus grands services en simplifiant le seul temps difficile des opérations, le cathétérisme à l'aide d'un instrument rigide qui peut s'égarer au milieu des anfractuosités situées derrière les angusties ou pénétrer dans des trajets fistuleux consécutifs à des abcès ou à des fausses routes. Ces bougies permettent aussi de

dilater les rétrécissements avant de les inciser, et si l'on craint de ne pas pouvoir retrouver le passage au moment de la substitution d'un instrument à un autre, on les laisse à demeure jusqu'au jour où, jugeant la voie assez large, le chirurgien visse sur leur ajutage l'extrémité de l'uréthrotome.

Tel qu'il est employé aujourd'hui, l'instrument de M. Maisonneuve se compose : d'un cathéter d'acier très-mince, long de 30 centimètres et présentant la courbure des sondes de Gély ; il se termine d'un côté par un pas de vis sur lequel se fixe la bougie conductrice, de l'autre par un anneau placé du côté de la concavité de la tige. Celle-ci est aujourd'hui cannelée suivant cette concavité, mais primitivement elle l'était sur sa convexité. Dans la cannelure peut être engagée une tige métallique mince et flexible, terminée d'une part par un bouton, de l'autre par une lame dont la forme représente assez bien un triangle isocèle dont un des côtés fait suite à la tige et glisse dans la cannelure. Des trois angles, les deux qui terminent ce bord du triangle qu'on pourrait appeler le bord adhérent, sont situés sur le prolongement de la tige ; l'un, le postérieur, se continue avec elle ; l'autre, l'antérieur, forme l'extrémité de la lame coupante et viendra buter contre le pas de vis qui limitera son mouvement de descente. Le troisième angle est mousse et arrondi ; quant aux deux autres bords, ils sont tranchants et légèrement excavés en forme de soc de charrue. Il y a des lames de hauteurs variables ; les unes ont 9 millimètres du bord adhérent au sommet mousse, les autres 8, les autres 7. Ces lames verticales incisent la paroi supérieure ou la paroi inférieure du rétrécissement suivant que la cannelure est sur la concavité ou sur la convexité du cathéter.

Il y a des lames doubles qui glissent horizontalement et dont les faces regardent l'une en haut, l'autre en bas; elles ont par conséquent deux sommets mousses et font des incisions latérales; ces lames doubles sont peu employées.

Comment se sert-on de cet uréthrotome? c'est là, Messieurs, ce que je vais vous indiquer brièvement. Lorsque la bougie conductrice a franchi le rétrécissement et pénétré dans la vessie, lorsqu'on est bien sûr qu'elle ne s'est pas repliée devant l'obstacle, ou n'a pas pénétré dans une fausse route, ce qu'il est en général facile de constater, on visse sur son extrémité le conducteur métallique, après s'être assuré que la bougie n'est pas usée au niveau de son ajutage, sinon elle pourrait rester dans la vessie quand on retirerait l'instrument; puis on introduit la tige métallique comme un cathéter ordinaire, doucement, sans violence, en suivant la courbure du canal. On éprouve quelquefois une certaine difficulté à abaisser le conducteur; il vaut mieux alors renoncer à l'introduire et ajourner l'opération dans la crainte de faire une fausse route.

Lorsqu'il a franchi le col de la vessie, on tend la verge de la main gauche et l'on insinue dans la cannelure, où l'on a fait préalablement couler quelques gouttes d'huile, le bord adhérent de la lame coupante que suit la tige flexible. Assurez-vous bien alors que celle-ci est engagée dans la rainure et poussez-la lentement jusqu'à l'obstacle, puis franchissez le rétrécissement en pesant doucement sur le bouton, jusqu'à ce que vous éprouviez la sensation que toute résistance est vaincue; souvent le rétrécissement est très-dur, et si vous appuyez brusquement sur le bouton, vous chasserez la lame jusqu'au pas de vis et vous inciserez le col de la vessie, ce qui doit être évité; retenez donc en quelque sorte votre uréthrotome et incisez petit à

petit le rétrécissement; quoi qu'on en ait dit, on se trompe rarement, avec un peu d'habitude et de finesse de toucher, sur la sensation qui vous indique que celui-ci est franchi. Dès lors, il ne vous reste plus qu'à retirer la lame par le même chemin, et pour cela il est important de fixer la tige cannelée par son anneau pour qu'elle ne tourne pas sur son axe. Contrairement à la pratique de la plupart des chirurgiens, j'ai l'habitude, quand un rétrécissement est très-dur, de faire exécuter au cathéter un léger mouvement de rotation, de manière à inciser, en retirant la lame, un nouveau point de la circonférence de l'anneau fibreux.

Le conducteur est ramené à l'extérieur comme la sonde ordinaire et dévissé, puis on lui substitue un stylet droit sur lequel on fait glisser une sonde en gomme à bout coupé, et celle-ci une fois en place, on retire à la fois stylet et bougie conductrice. Si par hasard il était arrivé que dans la crainte d'inciser le col on n'ait pas sectionné toute l'étendue du rétrécissement, la sonde ne pourrait pas pénétrer dan la vessie; on en serait quitte alors pour réintroduire l'uréthrotome, grâce à la bougie conductrice toujours en place, et pour achever la section. La sonde doit être souple, percée de trous suffisamment larges au-dessus de son orifice inférieur, et son volume, proportionné à la hauteur de la lame dont on s'est servi, ne doit pas être assez considérable pour qu'elle se trouve étroitement serrée et devienne pour la plaie une cause d'inflammation.

L'usage de la sonde à demeure contre lequel s'élevait Reybard, qui quelquefois cependant y avait recours, est aujourd'hui très-répandu; l'urine peut ainsi s'échapper sans venir baigner la plaie, et nous savons combien M. Maisonneuve et M. Gosselin, d'après leur théorie sur l'intoxication urineuse et sur la fièvre uréthrale, attachent d'importance à ce que le

liquide toxique ne soit pas en contact avec des tissus récemment divisés. La sonde doit donc être fixée ; on la laisse ouverte ou on la bouche avec un fosset qu'on enlève toutes les deux heures pour laisser écouler l'urine. On a soin de s'assurer de temps en temps qu'elle fonctionne bien, et si elle est obstruée par un caillot ou un flocon de mucus, on l'en débarrasse par une injection d'eau fraîche. L'introduction de la sonde est peut-être un temps plus douloureux que celui de l'incision elle-même, mais une fois placée elle évite au malade la cuisson que produirait le passage de l'urine sur la plaie ; il faut toutefois, malgré son utilité, la retirer le plus tôt possible pour ne pas enflammer les tissus et ne pas nuire à la formation d'une cicatrice fine et souple ; j'ai l'habitude de l'enlever au bout de quarante-huit heures environ ou même plus tôt, si elle produit de la douleur. Malgré la sonde, il arrive souvent que l'urine coule en partie par le canal et même le liquide s'échappe parfois au moment de l'opération ; c'est là sans doute une circonstance fâcheuse, mais il ne faudrait pas pourtant vous en effrayer, et dans le premier cas vous devriez substituer à la sonde que vous auriez placée une algalie plus volumineuse.

Pour rendre l'urine moins toxique, M. Gosselin a conseillé de faire prendre au malade qu'on doit opérer des tisanes diurétiques ; cette précaution est excellente, et vous ne devrez pas la négliger. Notre collègue M. Simonet s'est toujours bien trouvé d'administrer avant l'opération quelques capsules d'essence de Santal, dont les principes balsamiques, en passant dans l'urine, exercent une heureuse influence sur la sensibilité du col vésical et de la muqueuse de l'urèthre. Je vous recommanderai aussi de ne jamais oublier de donner à vos malades du sulfate de quinine, à la

dose de 60 ou 75 centigrammes, par exemple; cet agent m'a toujours paru combattre avec succès la fièvre uréthrale, et ce serait commettre une faute grave que de ne pas vous mettre en garde contre une complication si fréquente de toutes les affections de l'urèthre.

En vous disant qu'il convenait d'enlever la sonde au bout de quarante-huit heures environ, je n'ai pas entendu, Messieurs, exprimer l'inutilité de la dilatation consécutive; quoique quelques chirurgiens ne soient pas encore convaincus de la nécessité de cette dilatation, mon avis est qu'il est prudent d'y recourir. M. Gosselin conseille de ne passer des bougies qu'au bout d'une huitaine de jours, et c'est là une pratique que j'ai adoptée; il ne s'agit pas en effet de dilater la cicatrice, sinon, il ne faudrait pas attendre que celle-ci fût formée et la dilatation devrait être pratiquée dès les premiers jours qui suivent l'opération, mais la dilatation consécutive doit simplement s'opposer à la rétraction de la cicatrice si faible qu'elle soit après l'uréthrotomie faite comme nous l'avons indiqué; il ne s'agit pas là d'une dilatation inflammatoire atrophique, tout au contraire, et M. Reverdin dans son excellente thèse (1871) sur l'uréthrotomie interne, insiste avec raison, pour qu'on ne commence la dilatation que lorsque toute inflammation aura disparu, ce qu'on reconnaîtra à la cessation de l'écoulement muco-purulent, et à la disparition des douleurs légères occasionnées par la miction.

Ainsi comprise, la dilatation ne devra consister que dans l'introduction journalière de bougies d'un calibre moyen capable de passer sans difficulté et sans exercer une compression trop forte sur la jeune cicatrice, mais je vous conseillerai de recommander aux malades de continuer longtemps l'usage des bougies et ne pas concevoir une

fausse sécurité qui leur ferait compter sur une guérison trop promptement radicale.

Je vous ai signalé les dangers qu'entraînent avec elles les nombreuses opérations dirigées contre les rétrécissements de l'urèthre; voyons si l'uréthrotomie interne, et désormais je ne ferai allusion qu'au procédé de M. Maisonneuve, n'expose pas à des accidents de nature à la faire abandonner pour d'autres méthodes plus innocentes.

Je vous dirai tout d'abord que je professe pour l'uréthrotomie interne une prédilection spéciale, et je ne doute pas que vous ne partagiez mon opinion quand vous vous serez fait sur cette opération une conviction basée sur votre expérience personnelle. Je ne reviens pas sur le manuel opératoire, il est des plus simples; la section de la bougie repliée devant l'obstacle, les fausses routes et tous les accidents qui dérivent de la maladresse ou de l'inattention des opérateurs, ne doivent pas être comptés parmi les dangers inhérents à l'opération. La douleur n'est rien, quelque effrayante que soit l'idée que les malades peuvent concevoir de l'introduction dans leur canal d'une lame brillante et bien affilée; enfin le passage de la sonde ne provoque qu'une légère cuisson qui disparaît en général promptement.

Les hémorrhagies immédiates ne sont aucunement à redouter lorsque l'uréthrotomie est bien faite; l'incision n'est suivie en général que de l'écoulement de quelques gouttes de sang, à moins qu'on ait affaire à un de ces malades hémophiles chez lesquels la plus petite plaie est une source d'hémorrhagies souvent inquiétantes. J'insiste sur la précaution que vous devez prendre de ne pas inciser le col de la vessie, car j'ai toujours remarqué que des hémorrhagies assez abondantes pour nécessiter l'application de glace sur le ventre ou des injections froides dans la

vessie, ne survenaient qu'après l'incision du col; c'est alors aussi que la cystite devient une cause de vives douleurs, et je n'ai pas besoin de combattre l'opinion de notre regretté collègue A. Richard qui n'a pas craint d'écrire qu'on pouvait « jouer du violon dans le canal. »

Quant aux hémorrhagies consécutives, si après les grandes incisions de Reybard il fallait compter avec elles, aujourd'hui il n'est pas permis de donner le nom d'hémorrhagie au suintement sanguin que peuvent occasionner la première miction ou le passage des premières bougies dilatatrices. L'uréthrite est une conséquence de l'uréthrotomie et non une complication; l'urèthre est malheureusement un canal trop délicat pour qu'on puisse espérer l'inciser sans l'enflammer.

Reste la fièvre uréthrale; on peut, avec M. Reverdin, diviser les phénomènes fébriles consécutifs à l'uréthrotomie en trois catégories :

Dans la première, la fièvre est nulle ou n'est appréciable qu'au thermomètre et à quelques symptômes peu accusés ;

Dans la deuxième seront rangés les accès de fièvre marqués par un frisson suivi de chaleur et de sueurs, et par une élévation brusque de la température avec défervescence rapide, sans lésions inflammatoires localisées;

Enfin, dans la troisième rentreront les phénomènes inflammatoires atteignant l'un des organes génito-urinaires, reins, vessie, testicule ou épididyme et se manifestant par des signes particuliers du côté de chacun de ces organes, ainsi que par un mouvement fébrile précédé ou non de frisson.

Je n'ai observé jusqu'à ce jour que des phénomènes fébriles se rapportant aux deux premières catégories; quant à

la cystite et à la néphrite, jamais je ne me suis trouvé en présence de cas où l'on ait pu mettre ces complications sur le compte de l'opération; il ne faut pas oublier que trop souvent elles existent avant qu'on pratique l'uréthrotomie, et l'on peut dire alors que celle-ci a été impuissante à conjurer des accidents dont par conséquent elle ne saurait être responsable. Si les malades meurent de lésions entraînées par leur rétrécissement, c'est fausser évidemment les statistiques que d'inscrire des cas de mort en regard d'uréthrotomies faites en désespoir de cause.

Enfin, Messieurs, je n'ai vu survenir à la suite de l'uréthrotomie, ni infiltration d'urine, ni infection purulente; le procédé de Reybard exposait les malades à ces redoutables accidents, mais la plupart de ceux qui sont mis en usage aujourd'hui ne peuvent être accusés de leur faire courir les mêmes dangers.

On a reproché à l'uréthrotome de M. Maisonneuve de sectionner la muqueuse de l'urèthre ailleurs qu'au niveau du rétrécissement, et de ces incisions au moins inutiles résulteraient, suivant quelques-uns, des cicatrices formant autant de petits rétrécissements ultérieurs. La chose devait arriver quand ce chirurgien se servait d'une petite lame découverte à sommet tranchant, et le même accident était à craindre quand cette lame, quoiqu'émoussée à son sommet, avait deux tranchants rectilignes; aussi M. Voillemier, qui constata dans une autopsie que l'urèthre avait été incisé sur toute sa longueur, modifia-t-il l'uréthrotome en lui adjoignant une lame à bords mousses accolée à la lame coupante et qu'on conduisait jusqu'au rétrécissement pour protéger les parties saines. M. Maisonneuve, en excavant les bords de sa lame, s'est mis, je crois, à l'abri des reproches qu'on pouvait à juste titre adresser à ses premiers

instruments, et des autopsies rapportées à la Société de chirurgie par notre collègue M. Perrin il résulte que la lame dont on se sert aujourd'hui n'incise le plus souvent que les parties rétrécies; j'admets pourtant que la muqueuse saine puisse être lésée en avant ou en arrière de l'obstacle s'il survient un spasme pendant l'opération. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par le procédé M. Maisonneuve sont trop favorables pour qu'on hésite à accepter celui-ci comme le meilleur qui soit aujourd'hui à notre disposition. Ce qui fait son excellence, c'est, outre son innocuité, la rapidité avec laquelle il rétablit le calibre du canal et le peu de rétractilité de la cicatrice qui succède à l'incision. Voyons à quoi peut être attribué ce dernier avantage :

Dans la discussion sur l'uréthrotomie soulevée en 1865 par M. Perrin, à la Société de chirurgie, M. A. Guérin considéra comme à peine dignes d'être acceptées les observations de guérison au bout de quatre ou cinq jours, sur lesquelles s'appuyait l'orateur pour vanter l'uréthrotomie interne. Rien n'est cependant mieux prouvé que la cicatrisation aussi rapide des plaies faites par la lame de M. Maisonneuve, et si, comme M. Perrin, on ne considère pas comme démontrée l'utilité de la dilatation consécutive, le malade est réellement guéri du jour où il urine à plein canal sans douleur et sans qu'aucun écoulement trahisse un reste d'uréthrite.

La rapidité de la cicatrisation de la plaie s'explique facilement, ainsi que l'a fait remarquer M. Blot dans la discussion, à l'aide des données que nous possédons sur le mode de réparation des muqueuses ; les solutions de continuité qui intéressent ces membranes se comblent souvent, sans qu'il y ait trace de tissu cicatriciel, par l'orga-

nisation très-prompte d'une couche épithéliale à la surface de la plaie, en admettant toutefois que celle-ci ne soit pas contuse, sinon l'inflammation s'en empare et un exsudat plastique devient le point de départ d'une cicatrice rétractile comme le sont les cicatrices cutanées. La physiologie pathologique vient donc ici fournir une base solide aux procédés opératoires qui substituent une incision nette à une déchirure ou à une plaie contuse de la muqueuse, et plaider contre les méthodes dans lesquelles on violente le canal en dilatant les cicatrices pendant la durée de leur première évolution.

Mais, me direz-vous, la lame de l'uréthrotome ne divise pas seulement la muqueuse, elle incise le rétrécissement fibreux sous-muqueux, et celui-ci ne jouit pas des mêmes propriétés que le tissu qui le recouvre. A cela je répondrai avec M. Perrin que, la section pratiquée, les lèvres de la plaie s'écartent soit par le fait de la contraction des fibres circulaires du canal, soit sous l'effort de la sonde laissée un ou deux jours dans l'urèthre, et que cet écartement est définitif, comme quelques autopsies l'ont prouvé. M. Perrin a, en effet, montré à la Société de chirurgie l'urèthre d'un malade qu'il avait opéré deux ans avant sa mort, survenue à la suite d'une affection cardiaque, et l'on a pu constater qu'il existait au niveau du point incisé une dépression légère, lozangique, de 12 millimètres de long sur 6 de large, et circonscrite par des bords encore un peu saillants qui représentaient, à n'en pas douter, les lèvres de la plaie. Cette dépression était tapissée par une membrane fine, souple et bien distincte du tissu du rétrécissement.

On peut donc admettre que l'urèthre au niveau de l'ancien rétrécissement est formé de deux parties, l'une fibreuse

et l'autre épithéliale; le diamètre du canal se trouve d'autant plus élargi que l'écartement des lèvres de la plaie a été plus considérable et cet écartement est en raison directe de la hauteur de la lame. Reybard du reste admettait déjà l'exactitude de cette interprétation des faits, quand il disait, en se servant d'une ingénieuse expression, qu'*il mettait une pièce au canal*. J'ajouterais volontiers que, la pièce mise, c'est-à-dire l'incision faite, on aura d'autant plus de chance de ne pas la voir se froncer et revenir sur elle-même qu'on ne la violentera pas et qu'on favorisera la production à sa surface du vernis épithélial.

Est-ce à dire que le rétrécissement ne se reproduira jamais? Je n'oserais être aussi affirmatif; les statistiques m'ont toujours paru favorables à l'opinion de ceux qui comptent sur une guérison durable, mais on a noté des cas nombreux de récidive, et le temps seul peut nous permettre de juger à ce point de vue la valeur des procédés. Toutes mes sympathies cependant sont pour celui de M. Maisonneuve, et je dois vous dire ici pourquoi je le préfère à la divulsion, jusqu'à ce que la supériorité de cette méthode me soit positivement démontrée.

La divulsion n'est ni plus longue, ni, je crois plus dangereuse que l'uréthrotomie interne; à la suite de l'une et de l'autre opération on laisse une sonde à demeure un jour ou deux, puis on pratique la dilatation consécutive à peu près vers la même époque; les deux méthodes peuvent donc être facilement comparées. Or, la divulsion est sans contredit plus douloureuse que l'uréthrotomie; à mérite égal, celle-ci devrait par conséquent lui être préférée, mais ce qui me porte à accorder à l'incision la supériorité sur la dilatation instantanée, c'est qu'une partie des avantages de cette dernière doit être rapportée à la dilatation inflammatoire

atrophique sans laquelle le rétrécissement se reproduirait promptement.

La divulsion fait éclater les tissus et produit le plus souvent des plaies contuses auxquelles succèdent fatalement des cicatrices; que celles-ci cèdent ensuite sous l'influence de la dilatation progressive, soit; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a production d'un tissu inodulaire rétractile contre lequel il faut lutter longtemps; la lutte est douloureuse et fatigante pour les malades; ceux-ci peuvent se décourager et la cesser trop tôt, et serait-elle suffisamment prolongée, nous savons tous que les rétrécissements traités par la dilatation récidivent très-fréquemment. La divulsion en un mot ne diffère de la dilatation lente progressive que par le premier temps qui rétablit brusquement le calibre du canal; c'est là un avantage énorme, mais qui appartient aussi à l'uréthrotomie, et cette dernière opération tourne pour ainsi dire la difficulté en élargissant le canal sans avoir la prétention de vaincre la rétractilité du tissu inodulaire.

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer, Messieurs, doit vous permettre, ce me semble, de poser vous-mêmes les indications des diverses méthodes curatives des rétrécissements. Vous avez vu le parti qu'on peut tirer des cautérisations, uniquement pour diminuer la sensibilité du canal ou faciliter l'introduction des bougies dilatatrices ou conductrices. La galvanocaustique chimique est peut-être appelée à rendre de réels services; à l'avenir de le décider. Je viens de vous expliquer pourquoi à la divulsion, le meilleur mode de dilatation rapide instantanée, je préfère l'uréthrotomie interne; je vous ai indiqué les cas rares où l'on peut recourir au cathétérisme forcé. Restent en présence la dilatation progressive et l'uréthrotomie interne.

Si je ne craignais de me montrer trop radical et trop prompt à briser avec la tradition, je réserverais la dilatation pour les rétrécissements au début et je ferais de l'uréthrotomie ma méthode habituelle de traitement; je serai toutefois moins absolu et je dirai d'abord que toute indication de l'uréthrotomie interne est une contre-indication de la dilatation; ce que je ne puis admettre, c'est la dilatation permanente; j'accepte uniquement la dilatation temporaire progressive, tout en reconnaissant ce qu'elle a de défectueux.

Quand donc l'uréthrotomie interne sera-t-elle formellement indiquée?

D'une part, lorsqu'il y aura urgence à rétablir le cours de l'urine, c'est-à-dire lorsqu'un malade sera atteint d'une rétention d'urine complète ou partielle. Dans tous les cas, je suppose, bien entendu, qu'on peut introduire une bougie dans la vessie, sinon ce n'est pas à l'uréthrotomie interne qu'il est possible de s'adresser, et les rétrécissements infranchissables forment, au point de vue des indications thérapeutiques, une classe à part.

Si la rétention est complète par le fait d'un rétrécissement organique, il y a urgence à vider la vessie pour mettre fin aux souffrances du malade et ne pas laisser à la contractilité du viscère le temps de s'épuiser par la distension des fibres musculaires. Si la rétention est seulement partielle, l'uréthrotomie est également indiquée, car la dilatation progressive est toujours lente quoi qu'on fasse, et, comme le dit fort bien M. Perrin, si elle ne tue pas, elle laisse mourir les malades, en favorisant le développement d'une cystite ou d'une néphrite, conséquences de la stagnation de l'urine dans un réservoir qui se vide mal; c'est là une considération de premier ordre qui domine toute la thérapeutique des affections des voies urinaires; à tout prix,

au risque de faire courir aux malades de sérieux dangers, il faut éviter les lésions ascendantes contre lesquelles on serait plus tard désarmé; il faut se hâter; chaque jour de retard aggrave la situation; vous ne temporiserez donc pas. Je comparerais volontiers l'uréthrotomie, dans ces cas graves où la vessie et les reins sont peut-être déjà malades, à une incision destinée à donner issue au pus qui dans un phlegmon tend à s'infiltrer dans les tissus; quelque étendue que soit l'infiltration, vous n'hésitez pas à la limiter en vous servant du bistouri. De même, plus les lésions de la vessie et des reins vous paraîtront probables ou avancées, moins vous perdrez de temps pour débrider l'urèthre et offrir au malade la seule chance de salut qui lui reste.

En second lieu, l'uréthrotomie interne est indiquée contre les rétrécissements cicatriciels; on ne doit hésiter qu'entre ce procédé et l'uréthrotomie externe; les anneaux fibreux ne cédant pas à la dilatation lente, il est inutile de la tenter.

Enfin, s'il existe des fausses routes ou des fistules urinaires, si chaque cathétérisme vous expose à sortir du canal et à aggraver les désordres déjà existants, c'est folie de ne pas profiter de la bougie que vous êtes parvenus un jour ou l'autre à faire pénétrer dans la vessie, pour guider votre uréthrotome et rétablir le calibre du canal en une seule séance.

Tels sont les cas, Messieurs, où vous pratiquerez l'uréthrotomie interne d'emblée. Quant aux rétrécissements spontanés médiocrement étroits qui permettront à la vessie de se vider convenablement et qui ne seront compliqués ni de fausses routes ni de fistules, vous pourrez essayer de les dilater progressivement; vous obtiendrez ainsi des succès, quoi qu'à la vérité au prix de douleurs, et quelquefois d'accès de fièvre qui vous forceront à interrompre de temps

à autre le traitement; celui-ci serait suivant moi plus rapide, au moins aussi efficace et pas plus dangereux, si vous aviez recours à l'uréthrotomie, mais il y a des malades que la perspective d'une opération terrifie et des chirurgiens grands partisans de la dilatation; employez donc cette dernière méthode, mais sachez que vous devrez recourir à l'uréthrotomie quand vos efforts auront échoué devant les rétrécissements élastiques et irritables dont je vous ai décrit les caractères au commencement de cette leçon.

Quant aux rétrécissements spasmodiques, que le spasme siége dans la portion rétrécie du canal, ou soit un phénomène réflexe se passant dans la région membraneuse quand il existe dans la région pénienne des obstacles permanents, M. Verneuil les traite par les antiphlogistiques, bains, sangsues au périnée, ventouses, cataplasmes, lavements laudanisés, etc., et attaque ensuite l'élément fibreux par la dilatation progressive quand le spasme a été vaincu. C'est là une pratique contre laquelle je m'élève, malgré le talent et l'autorité de celui qui l'a préconisée. Sans doute, on peut triompher de l'élément spasmodique et bien des rétentions d'urine ont disparu à la suite d'un traitement antiphlogistique bien fait; mais si l'urine franchit les obstacles et si l'on parvient à engager une bougie dans le canal rétréci souvent en plusieurs points et notamment dans sa portion pénienne, comme l'ont démontré M. Verneuil et son élève M. Follet, il n'en est pas moins vrai que sous l'influence de l'irritation provoquée par le séjour des bougies, les spasmes se reproduisent, de nouvelles rétentions d'urine surviennent et l'on est obligé de cesser parfois quelques jours la dilatation. La durée du traitement est donc très-longue, et à chaque période de spasme, la vessie se vide mal, d'où cystite et danger pour le malade.

Je crois que ces rétrécissements spasmodiques doivent rentrer dans la classe des rétrécissements irritables des Anglais et peuvent être avantageusement traités par l'uréthrotomie. En me fondant sur l'analogie qu'il est possible d'établir entre le spasme uréthral et la contracture anale que provoquent les fissures, je serais tenté d'employer contre ces rétrécissements la divulsion, dont l'action pourrait ici se rapprocher de celle de la dilatation forcée du sphincter : j'avoue cependant ne pas avoir sur ce point d'expérience personnelle.

Le malade que nous nous sommes promis de guérir à la fois de son rétrécissement et de ses fistules a été traité d'abord par la dilatation lente progressive. Il ne fallait évidemment pas songer à obtenir l'oblitération des trajets qui conduisaient l'urine au périnée avant d'avoir rétabli le calibre de l'urèthre, aussi avons-nous voulu diriger tous nos efforts contre le rétrécissement. Celui-ci n'était pas irritable, l'introduction des bougies n'a jamais causé de vives douleurs, ni provoqué de spasmes ; nous avons voulu faire loyalement l'essai de la dilatation. Peut-être nous reprochera-t-on de n'avoir pas laissé la sonde à demeure et mettra-t-on notre insuccès sur le compte de notre timidité, cependant les premières bougies sont restées en place jusqu'à ce qu'un certain degré d'uréthrite soit venu nous démontrer que les tissus étaient enflammés; mais j'avoue que ce premier résultat obtenu, je me suis contenté d'introduire chaque jour, et de laisser séjourner dans le rétrécissement, un quart d'heure ou une demi-heure, des algalies de volume successivement plus considérable. Grâce à cette prudence, ou à cette timidité, si l'on veut, j'ai évité la cystite et les spasmes, et aujourd'hui le malade est dans un excellent état. Toutefois, depuis quelque temps déjà, nous ne pouvons

passer qu'une bougie du n° 13, c'est-à-dire que le rétrécissement se montre réfractaire à la dilatation progressive, il appartient donc à la classe des rétrécissements élastiques.

Je ne regrette pas la conduite que j'ai tenue, et puisqu'il m'est démontré que la dilatation est ici insuffisante, je changerai de tactique et pratiquerai l'uréthrotomie interne.

Vous allez assister, Messieurs, à l'opération pour laquelle je me servirai de l'instrument de M. Maisonneuve, et il n'est pas impossible qu'après la cicatrisation de la plaie, lorsque le malade urinera à plein canal, le trajet fistuleux se ferme spontanément par le fait même de son inutilité. Si, ce que je crains, l'uréthrotomie ne remédie pas à tout, je me verrai forcé de songer à oblitérer la fistule et je tâcherai de modifier la nature de la membrane qui en tapisse les parois. J'aurai recours à des injections irritantes avec l'eau phéniquée ou la teinture d'iode diluée, et si ces moyens ne suffisent pas, je cautériserai le trajet avec une anse de fil galvanique; en dernier lieu et à bout de ressources, je le fendrai largement, puis j'exciserai les bords de la plaie, et j'en cautériserai le fond au fer rouge, excellent procédé qui échoue rarement.

Peut-être vous étonnez-vous, Messieurs, qu'après vous avoir vanté l'utilité de l'uréthrotomie externe dans les cas de rétrécissements avec trajets fistuleux au périnée, je n'aie pas ici recours à cette opération; en voici la raison : Oui, l'uréthrotomie externe est une opération radicale, excellente, qui permet de rétablir instantanément le cours des urines et qui par la présence de la sonde autour de laquelle les tissus calleux suppurent, se ramollissent et se moulent, exerce la plus heureuse influence sur les trajets fistuleux qu'on peut du même coup ouvrir et cautériser, mais c'est un procédé pénible pour le malade. La cicatrisation de la

plaie n'est obtenue qu'au bout d'un temps parfois très-long, et les complications qui peuvent survenir pendant la durée du traitement consécutif, érysipèle, cystite, etc., sont plus à craindre et plus nombreuses que celles qui sont à redouter après l'uréthrotomie interne.

L'uréthrotomie externe sur conducteur est réservée presque exclusivement pour les cas où les rétrécissements sont cicatriciels, très-épais, déforment le canal et en dévient la lumière, où les trajets fistuleux enfin sont multiples et sillonnent le périnée. Ici, rien de tout cela; le trajet est unique, le rétrécissement est inflammatoire et simple, quoique élastique, et l'uréthrotomie interne suffira probablement.

Quant à l'uréthrotomie externe sans conducteur, c'est une opération de nécessité à laquelle on n'a recours qu'en présence d'un rétrécissement infranchissable, comme l'était celui du malade dont nous nous sommes occupés dans notre dernière réunion.

L'histoire des rétrécissements infranchissables mériterait d'être à elle seule l'objet d'une conférence tout entière, le temps ne me permet pas de songer à l'aborder. Je vous dirai simplement que le cathétérisme forcé ne convient que dans des cas très-spéciaux que j'ai déterminés et que, quand la cautérisation a été impuissante à ouvrir une voie aux bougies, surtout si le rétrécissement est d'origine traumatique et cicatriciel, l'uréthrotomie externe sans conducteur est la seule méthode qui soit applicable. Dans les cas de rétrécissements infranchissables momentanément par spasmes, le traitement de M. Verneuil doit être essayé et réussit presque toujours, mais il n'est que palliatif. S'il y a urgence à vider la vessie, vous pratiquerez la ponction hypogastrique par aspiration ; la ponction sus-pubienne ou autre, avec canule laissée à demeure, est destinée, je crois,

à disparaître de la pratique, et si vous voulez ouvrir une large voie aux urines, je vous répéterai ce que je vous ai dit déjà, la boutonnière aura l'avantage de constituer un premier temps de l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Fin de l'observation. — L'uréthrotomie interne pratiquée avec l'uréthrotome de M. Maisonneuve ne fut suivie que d'un très-léger écoulement sanguin. On laissa à demeure pendant deux jours une sonde en gomme du n° 17 par laquelle le malade urinait toutes les deux heures, après avoir enlevé le fosset qui en bouchait l'orifice. Les urines furent toujours claires et limpides, et cessèrent le jour même de couler par le trajet fistuleux. A partir du troisième jour, le malade se sonda trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures ; le quatrième jour on passa une sonde du n° 18, le cinquième jour on arriva au n° 19.

Jusqu'au douzième jour, il ne survint pas le plus léger mouvement fébrile; l'état général était excellent. Le douzième jour, frisson violent avec claquement de dents, chaleur, sueur, etc. (sulfate de quinine); le frisson ne reparut plus et huit jours après l'accès de fièvre, le malade urina sans sonde; il resta quelques jours encore à l'hôpital et continua à se passer des bougies du n° 19; il sortit en excellent état. La miction s'accomplissait facilement, les urines étaient limpides. Il ne sortait plus une goutte de liquide par le trajet fistuleux, complétement oblitéré.

TROISIÈME LEÇON

HÉMORRHOIDES

Diagnostic des variétés. — Comparaison des divers modes de traitement.

MESSIEURS,

Le malade couché au n° 28 est un jeune homme de vingt-six ans qui présente toutes les apparences d'une parfaite santé ; il vient cependant nous demander des soins pour une affection qui, si elle persistait, pourrait d'ici à quelques années le conduire au dernier degré du marasme. Cet homme s'aperçut pour la première fois, il y a deux ans, qu'il avait à l'anus une petite grosseur qui ne le faisait pas positivement souffrir, mais devenait plus volumineuse quand il allait à la selle et produisait une gêne notable.

Depuis cette époque, à la suite de fatigues, ou lorsqu'une constipation passagère exigeait quelques efforts de défécation, la tumeur se gonflait, devenait douloureuse, et était chassée hors de l'anneau sphinctérien, mais elle rentrait facilement après les garderobes. De temps à autre survenait un léger écoulement sanguin, écoulement qui n'était ni considérable, ni très-fréquent. Il y a quelques jours, à la suite d'un excès de travail auquel s'était livré le malade qui est homme de peine et porte souvent des fardeaux fort lourds, la tumeur, qui n'est autre chose qu'un bourre-

let hémorrhoïdal, vint former au bord de l'orifice anal une masse plus grosse que d'habitude et qui ne put être réduite. Depuis lors, le malade souffre beaucoup, la marche est devenue difficile et provoque de vives douleurs, la défécation s'accomplit péniblement et s'accompagne d'un écoulement sanguin assez abondant.

Aujourd'hui ces symptômes sont les mêmes, mais ils s'aggravent de plus en plus et vous avez pu constater, à la visite, que l'anus est entouré d'un bourrelet complet, occupant toute la circonférence de l'orifice, mais plus saillant du côté droit qu'à gauche où il est à peine apparent. Ce bourrelet, de consistance et d'aspect œdémateux, présente le volume du petit doigt ; dans sa portion proéminente, il est de couleur rosée, sa surface est lisse ; il est constitué manifestement par la peau doublée de la portion la plus inférieure de la muqueuse rectale, qui est séparée des téguments par un tissu cellulaire infiltré. Au centre de l'ouverture anale limitée par ce bourrelet muqueux et cutané, se trouve une tumeur allongée d'arrière en avant que l'on n'aperçoit bien qu'en écartant les bords de cette sorte d'infundibulum formé par la peau. La tumeur que l'on a alors sous les yeux est d'un rouge un peu violacé, lisse et tendue, bien qu'assez molle en certains points; elle est évidemment gorgée de sang, et par place se voient quelques taches noirâtres répondant à des surfaces sphacélées. Cette petite masse, du volume d'une noix, est déprimée à son centre et peut être divisée en trois lobes distincts; avec le doigt vous sentirez que le tissu qui la compose se continue manifestement avec la muqueuse rectale. Telles sont les lésions que vous pourrez constater ; l'état général est satisfaisant ; le malade n'a que peu souffert encore de son infirmité et sa santé s'est maintenue bonne jusqu'à ce jour.

Je n'ai pas à insister, Messieurs, sur un diagnostic qui n'offre aucune difficulté ; vous avez reconnu comme moi que nous avions affaire à des hémorrhoïdes, et à une forme de la maladie qui ne permet pas le doute, à une tumeur hémorroïdale irréductible. Ne croyez pas cependant que le diagnostic des hémorrhoïdes soit toujours aussi simple. Les bourrelets hémorrhoïdaux sont en général faciles à reconnaître, les malades eux-mêmes ne s'y trompent pas ; ces bourrelets forment une saillie appréciable à la vue et au toucher, et leurs caractères sont nettement tranchés, mais il faut bien savoir que chez certaines personnes on observe des tumeurs grosses comme le poing, qui sortent de l'anus au moment des selles pour rentrer ensuite rapidement et qui en dehors de ces périodes de hernie ou d'étranglement disparaissent sans laisser la moindre trace; si vous pratiquez le toucher rectal, quelques heures après la défécation, vous trouvez la muqueuse de l'intestin lisse et régulière ; il n'y a plus apparence d'hémorrhoïdes. C'est dans ces cas que le diagnostic présente de réelles difficultés; examinez la malade qui est couchée au n° 7 de notre salle et voyez s'il est possible, en ne se guidant que sur le toucher ou l'inspection de l'anus, d'admettre qu'elle a des hémorrhoïdes ; et cependant elle souffre, elle perd du sang en allant à la selle et des tumeurs se développent à la suite des efforts nécessités par la défécation.

Les hémorrhoïdes sont constituées par une lésion anatomique une, bien définie, la dilatation des veines de l'extrémité inférieure du rectum, mais néanmoins leur physionomie, leurs symptômes peuvent varier, suivant la forme qu'affecte la lésion anatomique et suivant le siége qu'elle occupe.

Quelques détails historiques ne seront peut-être pas inu-

tiles, Messieurs, pour vous faire comprendre l'intérêt attaché à la question des hémorrhoïdes, qui a toujours préoccupé les médecins au moins autant que les chirurgiens.

Le mot *hémorrhoïde* signifiant, à proprement parler, écoulement de sang, on a décrit des hémorrhoïdes des narines, du col de l'utérus, de la vessie, etc. Aujourd'hui que le sens du mot a été restreint, le nom d'hémorrhoïdes est réservé aux flux sanguins qui se font par le rectum et reconnaissent pour cause un état variqueux des veines de l'extrémité inférieure de cet intestin. Toutefois les hémorrhoïdes ainsi comprises comportent des lésions diverses qui ont pour expression des symptômes différents ; quelques médecins définissent les hémorrhoïdes : un écoulement de sang par l'anus ; les chirurgiens au contraire n'appellent en général hémorrhoïdes que les tumeurs variqueuses formées aux dépens des veines du rectum.

En s'exprimant de la sorte, médecins et chirurgiens ont raison et tort à la fois ; il faut en effet reconnaître dans les hémorrhoïdes plusieurs éléments distincts, quoique rattachés les uns aux autres par un lien commun.

De Montègre, auquel nous devons une si longue et si savante description de l'affection hémorrhoïdaire, considère celle-ci comme constituée par un grand mouvement fluxionnaire, et suivant nous il a raison ; la congestion active des veines du rectum aboutit le plus souvent à un écoulement sanguin et à un développement de tumeurs, mais ni l'hémorrhagie ni les tumeurs ne constituent la maladie, car la fluxion peut exister sans tumeur et sans perte de sang. Toutefois de Montègre a eu le grand tort de ne parler qu'incidemment des tumeurs ; celles-ci, dont l'importance est grande surtout au point de vue chirurgical, seront l'objet exclusif de notre étude.

Nous trouvons signalée dans les anciens auteurs la distinction des hémorrhoïdes en externes et internes, suivant que les varices sont situées à la marge de l'anus ou à l'intérieur de l'intestin, ces dernières en communication avec la veine mésaraïque et le système porte, par conséquent, les autres aboutissant par les veines hémorrhoïdales inférieures aux veines honteuses internes qui communiquent avec la veine cave par l'hypogastrique. Quelques-uns des symptômes qui appartiennent à chacune de ces deux variétés d'hémorrhoïdes, ont été anciennement bien indiqués, et Haen, exagérant l'importance de la division établie, admettait que l'écoulement de sang par les vaisseaux hémorrhoïdaux externes produisait la déplétion du système sanguin en général, tandis que le flux des hémorrhoïdes internes dégorgeait spécialement le système de la veine porte. Malgré cette distinction basée sur la source de l'écoulement sanguin, on a longuement disserté, sans la respecter, sur la nature des hémorrhoïdes et sur la structure des tumeurs hémorrhoïdales, les observateurs confondant dans leurs descriptions les tumeurs internes et les tumeurs externes.

Après Hippocrate, Celse et dans les temps modernes Morgagni, Lieutaud, J. L. Petit et la plupart des auteurs qui font autorité dans la science, avaient admis que les hémorrhoïdes (et nous attachons ici à ce mot le sens de tumeurs hémorrhoïdales) consistent dans une dilatation variqueuse des veines de l'extrémité inférieure du rectum et de la marge de l'anus. Chaussier, presque seul, croyait avec Cullen à la rupture de quelque ramuscule capillaire situé entre les membranes qui constituent les parois de l'intestin et à l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire. Récamier, en 1800, soutint dans sa thèse à peu près la

même opinion et considéra les hémorrhoïdes comme constituées par de petits kystes sanguins siégeant au milieu du tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse à la musculeuse. Enfin Delarroque, s'étonnant de l'erreur commise par ses illustres devanciers, exalta au plus haut degré Récamier qui avait, selon lui, fait preuve d'une incomparable perspicacité en décrivant avec exactitude la véritable structure des hémorrhoïdes ; il invoqua même à l'appui de son opinion les arguments les plus bizarres, arguments qu'on pouvait presque tous retourner contre lui, ce qu'a fait Jobert (de Lamballe), qui avec Blandin s'est vu pour ainsi dire dans la nécessité de prouver par des dissections minutieuses que les hémorrhoïdes n'étaient que des varices, vérité acceptée autrefois comme au-dessus de toute discussion.

Ainsi vous voyez, Messieurs, que deux opinions étaient en présence au commencement de ce siècle parmi les médecins et les chirurgiens; les uns niaient absolument que les varices fussent la lésion initiale des hémorrhoïdes, les autres au contraire affirmaient l'état variqueux des veines du rectum, et ces derniers adoptaient la doctrine classique à laquelle on est revenu définitivement aujourd'hui après une courte excursion dans le domaine de la fantaisie.

Ne vous étonnerez-vous pas avec moi, qu'au milieu d'aussi nombreuses discussions sur un point d'anatomie pathologique d'un haut intérêt, personne n'ait songé à rechercher des différences de structure entre les hémorrhoïdes externes et les tumeurs intra-rectales, quand il était démontré que cliniquement les symptômes de l'une et l'autre variété ne sont pas les mêmes ?

Le premier, M. Gosselin eut l'idée d'élucider cette question d'une façon complète, et sut mettre d'accord

les données de la clinique avec l'anatomie pathologique. Sa division des hémorrhoïdes en externes et internes est fondée sur la symptomatologie et sur la structure des tumeurs; les unes, continuellement à l'extérieur sous les téguments de l'anus, peuvent se modifier sous l'influence de congestions répétées et de l'inflammation; les autres au contraire, contenues dans la partie inférieure du rectum, y séjournant et ne faisant procidence que de temps à autre, ne subissent pas, comme les premières, des altérations de structure susceptibles d'entraîner de grands changements dans leur aspect extérieur.

L'élément fondamental de toute tumeur hémorrhoïdale est la dilatation temporaire ou persistante du réseau veineux, produite par des fluxions, soit périodiques, soit irrégulières, ou entretenue par un obstacle à la circulation dans le système de la veine porte. Les varices, par le fait de la pression exercée sur les parois veineuses par le sang, ou déchirées par les matières fécales, se rompent, et par les crevasses s'écoule, en jet ou en nappe, une quantité plus ou moins considérable de sang; personne ne croit plus aujourd'hui à l'existence de ces orifices ou pores que Jobert admettait à la surface de la muqueuse intestinale.

Les veines dilatées, soit sur un point de leur circonférence en ampoule latérale, soit circulairement, ce qui leur donne un aspect fusiforme, constituent des paquets variqueux séparés les uns des autres par des sillons en général peu profonds et affectent parfois une disposition circulaire en bourrelet.

Si les varices sont situées sous les téguments, si les hémorrhoïdes sont *externes*, les tumeurs, le plus souvent sessiles et à large base, seront dites *cutanées*; la peau sera tendue, lisse et rosée pendant leur turgescence, flasque et

plissée au contraire dans l'intervalle des fluxions. Les hémorrhoïdes externes peuvent ne pas être seulement cutanées, mais soulever aussi la muqueuse; celle-ci prend alors une teinte violacée qui nous permet de la distinguer de la peau qui tend cependant à revêtir les caractères des muqueuses quand elle est gonflée par le sang qui remplit les veines variqueuses.

Les tumeurs hémorrhoïdales externes sont tantôt *flasques* et affaissées, tantôt *turgescentes*, et à la suite de ces alternatives de turgescence et d'affaissement, le tissu cellulaire qui entre dans leur constitution en servant de gangue à l'élément veineux, s'épaissit et se condense, sans que la peau prenne part à ce travail hypertrophique. Plus cette condensation du tissu cellulaire se prononce, moins les hémorrhoïdes augmentent de volume pendant les fluxions, mais moins aussi les tumeurs s'affaissent dans leur intervalle; il reste sous la peau et sous la muqueuse une masse pâteuse, irréductible, qui atteste la part qui revient au tissu conjonctif dans la structure de l'hémorrhoïde.

Une veine variqueuse peut se rompre, et le sang s'épancher, puis s'enkyster dans les aréoles du tissu cellulaire; on trouve alors, en fendant l'hémorrhoïde, une substance spongieuse pleine de sang liquide ou en caillot, sang contenu, soit dans des veines communiquant encore avec les troncs principaux, soit dans des ampoules parfaitement closes formées par des dilatations vasculaires, soit dans des vacuoles sans connexion avec le système veineux.

Ce sont ces lésions, Messieurs, qui en ont imposé à Récamier et à Delarroque, à Abernethy, à Béclard et à Laennec, et leur ont fait admettre que les hémorrhoïdes étaient constituées par des kystes ou formées par un tissu érectile. Ces auteurs n'ont vu qu'une complication de la maladie

principale, qu'une transformation de la tumeur primitive, qui en réalité est d'autant moins une hémorrhoïde que sa structure se rapproche davantage de la description qu'ils en ont donnée. Quand en effet l'hémorrhoïde ne contient plus que des kystes, quand les varices se sont oblitérées, étouffées par la matière plastique qui s'est épanchée dans le tissu cellulaire à la suite de phlébites adhésives et de périphlébites, la tumeur revient sur elle-même, diminue de volume et finit par rester toujours flasque et presque insensible; la muqueuse, par suite des frottements qu'elle subit, prend une apparence cutanée et il ne reste plus à l'extérieur qu'une masse aplatie par la pression exercée sur elle par les fesses, à bord épais et irrégulier, masse que les anciens appelaient ficus, marisca, d'où le nom de *marisque* sous lequel on la désigne aujourd'hui.

Ces marisques ne sont plus susceptibles de fluxion, puisque l'élément veineux y est à peine représenté, et ne donnent lieu à aucun écoulement sanguin, mais elles peuvent s'enflammer, grossir, devenir douloureuses, ou être le point de départ de fissures ou d'abcès de la marge de l'anus, lorsqu'elles sont irritées par des frottements ou par le passage des matières fécales. Curling les a comparées à des verrues et il serait possible de les confondre avec des condylomes; M. Gosselin toutefois les distingue de ces productions en insistant sur ce fait, que celles-ci sont constituées par une hypertrophie des papilles dermiques et une hypergenèse épithéliale, tandis que dans les marisques on ne trouve qu'une transformation fibreuse du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux.

J'espère vous avoir fait comprendre, Messieurs, la structure des hémorrhoïdes externes et la marche qu'elles peuvent suivre dans leurs évolutions anatomiques. Chez notre

malade, le bourrelet cutané et muqueux, circulaire, que vous avez pu étudier, est formé par des veines non encore oblitérées et par du tissu cellulaire épaissi et infiltré d'une sérosité qui lui donne une certaine transparence ; au-dessus de lui sont trois tumeurs, plus molles, à surface plus lisse et violacée ; ces tumeurs sont formées par un prolapsus de la muqueuse sus-sphinctérienne, chassée à travers l'ouverture anale par la distension du réseau veineux sous-muqueux ; en un mot, vous avez là sous les yeux un exemple d'hémorrhoïdes internes procidentes.

Vous avez compris pourquoi les hémorrhoïdes externes ne disparaissent jamais complétement, sinon au début, dans l'intervalle des fluxions; je vous ai dit que cette absence de réductibilité tenait aux altérations secondaires des varices et du tissu cellulaire. Les *hémorrhoïdes internes* au contraire, comme chez la malade couchée dans notre salle des femmes, ne forment pas la moindre saillie dans le rectum lorsqu'elles ne sont pas turgescentes et le doigt ne sent sur la muqueuse aucun relief, aucune saillie appréciable. Cette différence dans les caractères cliniques des unes et des autres doit vous faire soupçonner que les lésions anatomiques ne sauraient être les mêmes dans les deux cas.

Ainsi que M. Gosselin l'a de nouveau bien démontré dans ces derniers temps par la dissection et les injections, les hémorrhoïdes internes sont uniquement constituées pendant toute leur durée par des varices, et par des varices seulement, sans hypertrophie, ni de la muqueuse rectale, ni du tissu cellulaire sous-jacent. Sur des sujets qui portaient des hémorrhoïdes internes depuis de longues années, hémorrhoïdes observées pendant la vie et souvent procidentes, M. Gosselin n'a pas constaté la moindre condensation du

tissu cellulaire, ni le moindre épaississement des parois veineuses, ce qui nous explique pourquoi toute trace de la maladie disparaît quand les varices ne sont pas distendues par le sang. Il existe un réseau veineux très-développé entre la muqueuse et la tunique musculaire du rectum, et l'on trouve ce réseau d'autant plus serré qu'on l'étudie plus bas ; ses limites inférieures sont marquées par des bords arrondis qui correspondent aux valvules semi-lunaires de Morgagni. M. Verneuil a décrit des diverticules veineux en cul-de-sac, allongés et juxtaposés comme les fils d'une aigrette, et nous devons ajouter que la muqueuse elle-même, souvent amincie, peut contenir quelques veines dilatées et participer ainsi à l'état variqueux de la couche celluleuse.

Les hémorrhoïdes internes se remarquent souvent chez les sujets qui portent des hémorrhoïdes externes, et vous voyez aujourd'hui un exemple de la coïncidence des deux variétés ; les tumeurs internes peuvent s'engager dans l'orifice anal et venir doubler ainsi soit des marisques, soit des tumeurs externes ; mais n'allez pas croire que les varices qui constituent les unes et les autres soient toujours en continuité, quoique les veines sous-cutanées de l'anus aillent se jeter bien plus dans la petite mésaraïque et dans le système porte que dans les veines honteuses internes. Dans leur trajet ascendant ces veines sous-cutanées sont étranglées par les fibres du sphincter externe qu'elles traversent ; et sur des pièces déposées à la Faculté pour un concours du prosectorat, M. Dubreuil a bien démontré cette disposition anatomique dans laquelle il voit une cause active de varices.

Quant aux veines sous-muqueuses, elles doivent, pour gagner le tissu cellulaire sous-péritonéal dans lequel sont plongés les rameaux mésaraïques, passer entre les fibres

musculaires du rectum; celles-ci constituent des boutonnières, les unes à grand diamètre transversal, ce sont les plus internes, les autres verticales qui croisent les premières à angle droit, comme les fibres musculaires du plan externe et ces anneaux contractiles doivent forcément mettre obstacle au cours du sang.

Cette explication un peu mécanique du développement des hémorrhoïdes nous semble juste; il faut bien l'avouer, toutefois, elle ne nous donne pas la clef des fluxions périodiques qui se portent vers l'extrémité inférieure du rectum.

La distinction des hémorrhoïdes en deux classes est on ne peut mieux légitimée par la différence des symptômes qui correspondent à chacune d'elles, et on a eu grand tort, suivant moi, d'englober dans une même description les hémorrhoïdes internes et les hémorrhoïdes externes. M. Gosselin a fait preuve d'un véritable esprit clinique en groupant autour des variétés et sous-variétés anatomiques les symptômes qui appartiennent en propre à chacune d'elles; je ne saurais mieux faire que d'adopter ici presque en tous points les idées de mon excellent maître.

Vous pouvez voir dans ce service, Messieurs, une malade chez laquelle M. Richet a pratiqué, il y a seize mois, une résection du coude et qui aujourd'hui est parfaitement guérie; cette femme exécute sans difficulté des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras et n'est rentrée à l'hôpital que pour s'y reposer avant de partir pour la Corse. Il y a quelques jours elle s'est plainte de démangeaisons à l'anus et nous a dit qu'elle souffrait de temps en temps en allant à la selle et perdait alors du sang par le fondement. Nous l'avons examinée avec soin et il nous a été facile de reconnaître à première vue des hémorrhoïdes externes cutanées et muqueuses. Il existait autour

de l'orifice anal trois petites végétations flasques, ridées, mollasses, qui ne s'accompagnaient habituellement d'aucun symptôme fonctionnel ; la malade éprouvait seulement quelques démangeaisons dans l'intervalle des selles, et un peu de cuisson pendant les garderobes. Il n'y avait à l'anus ni érythème, ni eczéma, complications assez fréquentes de ces hémorrhoïdes flasques.

Peu de temps après cette première exploration, la malade nous pria de l'examiner de nouveau et nous trouvâmes alors les hémorrhoïdes *turgescentes*. On voyait une triple saillie formée par trois tumeurs vaguement séparées par un sillon peu profond et entourant l'anus d'un bourrelet circulaire. Les hémorrhoïdes étaient chaudes, douloureuses à la pression, et, comme c'est la règle, leur turgescence était due aux efforts de défécation nécessités par la constipation dont la malade est habituellement atteinte. Ces tumeurs présentaient une surface lisse, rosée en dehors et violacée du côté de la muqueuse où en certains points se voyaient des crevasses par lesquelles suintait du sang en petite quantité. La malade du reste ne souffrait pas beaucoup, elle se levait dans la journée et n'avait pas de fièvre ; elle nous a dit que cet accident se reproduisait de temps en temps, mais non périodiquement ; le repos au lit et quelques réfrigérants ramenèrent en quelques jours les hémorrhoïdes turgescentes à l'état d'hémorrhoïdes flasques. Cette femme nous a présenté deux formes bien nettes d'hémorrhoïdes, et quand elle vieillira, il est probable que ses tumeurs, après une succession de turgescences fluxionaires ou inflammatoires, s'indureront et deviendront ce qu'on appelle des marisques ; ces marisques ne produiront sans doute qu'un peu de gêne par leur volume, mais elles pourront être une cause d'érythème ou de fissures.

On peut avec Curling considérer comme un intermédiaire entre les hémorrhoïdes externes, cutanées et muqueuses, et les hémorrhoïdes internes, celles qui sont exclusivement muqueuses. Elles forment en général une ou plusieurs petites tumeurs rouges à surface lisse ou granuleuse et excoriée, qui se laissent distendre de temps à autre par le sang et donnent lieu à un léger saignement; elles sont externes, c'est-à-dire situées au-dessous du sphincter, et leurs symptômes fonctionnels sont à peu près nuls.

Ce qui domine dans la symptomatologie des hémorrhoïdes externes, c'est donc la tumeur qui cause une certaine gêne, et ce sont les douleurs peu intenses provoquées par quelque complication telles que l'érythème, l'eczéma, les fissures; ajoutez à cela un léger suintement muqueux et la possibilité d'une inflammation pouvant déterminer de petits abcès de la marge de l'anus auxquels succéderont une ou plusieurs fistulettes, et vous aurez le tableau à peu près complet d'une maladie qui ne s'accompagne d'aucun retentissement bien fâcheux sur la santé générale. Quant au flux sanguin, il est loin de jouer ici un rôle prédominant et l'on est en droit de s'étonner que les auteurs l'aient si complaisamment décrit, sans distinguer les cas où il est en réalité insignifiant.

Il n'en est pas ainsi, lorsque les malades ont des *hémorrhoïdes internes;* les hémorrhagies constituent alors un symptôme important, quelquefois même le seul symptôme, si les hémorrhoïdes ne sont pas procidentes et ne consistent que dans un état variqueux peu prononcé des veines sous-muqueuses de la portion sus-sphinctérienne du rectum.

Rappelez-vous cette femme que j'ai fait toucher à plusieurs d'entre vous et qui est couchée actuellement dans

nos salles; le doigt introduit dans le rectum ne sent aucune saillie, aucune irrégularité de la muqueuse et cependant la malade perd du sang en abondance en allant à la selle, et quelquefois même dans l'intervalle des garderobes; elle souffre un peu pendant la défécation et éprouve au niveau du fondement une sensation de plénitude et de pesanteur qui disparaît après l'expulsion des matières fécales; celles-ci sont arrosées en quelque sorte par le sang qui s'écoule tantôt en jet, tantôt en nappe, mais les tumeurs ne sont pas assez volumineuses pour s'engager dans l'anneau sphinctérien, elles ne sont pas procidentes et elles s'affaissent lorsque, par l'effet du relâchement des fibres musculaires de l'intestin et de l'issue du sang, les parois veineuses encore souples reviennent sur elles-mêmes. C'est donc au moment des garderobes que vous devez examiner les malades qui se plaignent d'avoir des hémorrhoïdes saignantes, si dans leur intervalle vous ne constatez l'existence d'aucune tumeur extérieure ou intérieure.

Chez le malade dont je vous ai rapporté l'histoire au commencement de cette leçon et auquel j'ai l'intention de pratiquer une opération, nous trouvons un bourrelet annulaire d'hémorrhoïdes qui au début devenait de temps à autre turgescent et s'enflammait parfois; aujourd'hui il est formé par une infiltration de sérosité et de matière plastique au milieu du tissu cellulaire où se trouvent plongées les veines variqueuses, aussi n'est-il pas susceptible d'une réduction de volume sous l'influence du repos ou à la suite de pressions méthodiquement exercées. Mais ce n'est pas tout; cet homme nous a parfaitement dit que depuis deux ans, à chaque défécation s'engage dans l'anus une tumeur grosse comme une noix; cette tumeur rentrait d'abord spontanément puis avec peine et seulement après quelques

manœuvres, enfin, elle a cessé de pouvoir remonter dans l'intestin et aujourd'hui elle reste étranglée dans l'orifice anal, même en dehors des garderobes qui s'accomplissent péniblement, au prix de douleurs très-vives et d'une perte notable de sang. Cet homme porte donc et des hémorrhoïdes externes et des hémorrhoïdes internes; celles-ci ne sont plus latentes, comme celles de la femme dont je vous parlais tout à l'heure, mais procidentes et saignantes, et elles ont passé par toutes les phases si bien décrites par M. Gosselin.

Ainsi ces hémorrhoïdes internes ont commencé par être *procidentes* et saignantes, mais *spontanément réductibles;* le bol fécal les poussait en dehors, elles saignaient alors un peu et le malade ressentait une légère cuisson, puis elles rentraient spontanément; la procidence était passagère. Le malade après les selles éprouvait une sensation de bien-être très-grand et pouvait vaquer à ses occupations. Plus tard le prolapsus est devenu réellement douloureux et les tumeurs ont cessé de rentrer spontanément; le malade était obligé de les repousser avec le doigt, car le sphincter se resserrait sur elles, mais cette constriction, peu énergique encore, cédait facilement. Enfin les hémorrhoïdes sont devenues *irréductibles* et aujourd'hui il est impossible de les refouler dans le rectum tant l'étranglement est serré.

Chacune de ces phases par lesquelles passent les hémorrhoïdes internes procidentes s'accompagne de symptômes spéciaux. Lorsque les tumeurs ne sont pas irréductibles, elles n'empêchent pas les malades de continuer leur train de vie habituel, mais elles sont une cause de pertes de sang et par conséquent d'affaiblissement et d'anémie; à la longue les malades se trouvent dans les conditions des femmes chez lesquelles des métrorrhagies entretiennent une débilité

extrême; les fonctions digestives s'altèrent, il survient de la dyspepsie, des palpitations, la peau prend une teinte jaunâtre et les vieux hémorrhoïdaires présentent un facies caractéristique. Ils sont épuisés par des douleurs qui reviennent à chaque garderobe et qui persistent souvent une demi-heure ou une heure après la défécation, surtout lorsqu'il y a des fissures anales; leur caractère s'aigrit, ils sont préoccupés de leur maladie au plus haut degré, s'inquiètent si leurs hémorrhoïdes ne fluent pas et deviennent absolument hypochondriaques; on pourrait leur appliquer le mot si spirituel de M. Ricord disant que s'il avait à classer la blennorrhagie dans un cadre nosologique, il la rangerait parmi les maladies mentales.

Ces malheureux, il faut l'avouer, sont un peu dans leur droit d'être inquiets; il leur faut prévoir le moment où ils iront à la selle, afin de prendre à l'avance leurs précautions pour avoir à eux tout le temps nécessaire à la réduction de leurs hémorrhoïdes; s'ils y vont le matin avant de vaquer à leurs occupations, il peut se faire qu'après une marche les tumeurs, bien qu'elles aient été réduites, s'échappent hors du sphincter; elles sont alors la source d'un suintement muqueux et sanguinolent qui tache le linge et se dessèche après la chemise; tous les mouvements deviennent pénibles, et les malades peuvent souffrir longtemps.

Souvent les hémorrhoïdes ne rentrent qu'au bout d'une heure ou deux, sous l'influence du décubitus dorsal, aussi je ne saurais trop vous engager à donner à vos clients le conseil de s'efforcer de régulariser leur fonction et d'aller à la selle le soir avant de se coucher; il faut que la défécation soit pour les hémorrhoïdaires non le premier, mais le dernier acte de la journée.

Les souffrances sont bien autrement vives, Messieurs,

quand les hémorrhoïdes sont irréductibles. La marche devient souvent impossible ; le malade n'a pas de fièvre, mais il éprouve au fondement une tension, une douleur persistante qui est exagérée de temps à autre par une contraction spasmodique du sphincter ; il est tourmenté par des crises atroces qui se renouvellent à intervalles plus ou moins rapprochés et que les positions les plus bizarres ne parviennent pas à faire cesser ; le patient se retourne dans son lit, s'accroupit, se met à genoux, comprime vainement ses tumeurs, dans l'espérance qu'il pourra les réduire ; il se lève, se promène dans sa chambre courbé en deux, et ne parvient pas à trouver une position dans laquelle il se sente soulagé.

Si vous l'examinez alors, si vous faites écarter les fesses, vous trouvez en général autour de l'anus un bourrelet œdémateux d'hémorrhoïdes externes, puis au-dessus de lui, étranglé par le sphincter, un paquet d'hémorrhoïdes internes, violacées, tendues, que vous pouvez subdiviser en deux ou trois tumeurs séparées par des sillons peu profonds. Ces tumeurs sont recouvertes par quelques mucosités et présentent souvent des fissures ou des taches noirâtres qui répondent à des points sphacelés de la muqueuse ; les fissures sont masquées par de petits caillots ou sont le point de départ d'un léger écoulement sanguin. L'étranglement a parfois un heureux effet, car les eschares, en s'éliminant, permettent à la tumeur de diminuer de volume, le sphincter se relâche et les hémorrhoïdes se réduisent spontanément ; souvent même la procidence ne se reproduit pas ; la muqueuse a perdu sa souplesse et son extensibilité, des cicatrices la sillonnent, les varices sont oblitérées et le malade est guéri.

Chez le jeune homme qui est couché dans nos salles,

toute réduction est impossible, mais les accidents ne sont pas aussi graves que dans la plupart des cas; il nous offre un exemple d'*hémorrhoïdes procidentes et irréductibles, mais par étranglement peu serré.* Vous avez pu voir de petites eschares à la surface de la tumeur; il serait possible qu'elles amenassent la guérison par le mécanisme que je viens de vous indiquer; je crois cependant que nous devons intervenir, d'autant plus que notre malade est pressé de quitter l'hôpital et de reprendre ses occupations.

Les médecins se sont longtemps élevés, Messieurs, contre l'opinion de ceux qui considèrent les hémorrhoïdes comme une affection qu'il faut combattre par des moyens empruntés à la pratique chirurgicale. Ceux qui appartiennent à l'école de Stahl croient à l'utilité d'un appel de sang vers l'extrémité inférieure du rectum, et voient dans cette fluxion, dont ils s'exagèrent la périodicité, un préservatif contre les congestions cérébrales, pulmonaires, etc. Je ne nie pas que chez les individus d'un tempérament apoplectiforme, il ne puisse y avoir avantage à perdre par l'anus une certaine quantité de sang, ce qui produit une déplétion du système circulatoire, mais si je suis disposé à respecter dans certains cas des hémorrhoïdes externes ou internes non procidentes, qui ne fluent pas au point d'être une cause d'anémie ou qui ne sont aucunement douloureuses, je crois que ce serait folie de laisser les malades souffrir et s'affaiblir en vertu d'une idée préconçue dont la justesse n'est rien moins que démontrée.

Si vous voulez essayer un traitement palliatif, votre premier soin sera d'insister sur l'hygiène; les malades devront se nourrir de viandes blanches autant que possible, de légumes, et préférer à tous les autres un régime rafraîchissant; vous entretiendrez chez eux la liberté du ventre,

pour que des matières fécales dures et volumineuses ne viennent pas comprimer les veines du rectum et déchirer au passage les hémorrhoïdes ; au besoin vous prescrirez des laxatifs doux ou des lavements frais. Si les hémorrhoïdes sont externes et non turgescentes, ces précautions suffiront souvent pour prévenir leur inflammation, sinon des applications de compresses imbibées d'eau froide sur les tumeurs constitueront le meilleur des traitements. Vous recommanderez aux malades de prendre de l'exercice, de ne pas rester trop longtemps assis et surtout de ne pas faire usage de siéges moelleux et chauds. Si la muqueuse est excoriée, s'il existe quelques-unes des fissures que M. Gosselin a appelées intolérantes, des suppositoires belladonés calmeront les douleurs et vous pourrez tenter l'emploi des astringents, tels que l'extrait de ratanhia par exemple. Enfin, je vous conseillerai d'exciser les hémorrhoïdes indurées lorsqu'elles seront surmontées de gerçures ou entretiendront à la marge de l'anus de l'érythème ou un peu d'eczéma.

Quant aux hémorrhoïdes externes et purement muqueuses, vous les traiterez comme les hémorrhoïdes internes. Celles-ci, qu'il faut chercher à modifier aussi par l'hygiène, les lavements froids et les suppositoires, lorsqu'elles ne sont pas procidentes ou sont spontanément réductibles, et quand elles n'occasionnent pas des pertes sanguines abondantes, devront être au contraire l'objet d'un traitement énergique et curatif, si elles donnent lieu à des hémorrhagies et à des souffrances très-vives.

A quelle opération, Messieurs, donnerez-vous alors la préférence ? Vous choisirez celle qui sera la moins douloureuse ou, pour mieux dire, la plus prompte, car la douleur est maintenant supprimée par le chloroforme, et celle qui procurera la guérison la plus radicale et exposera le moins

le malade aux dangers suivants : l'*hémorrhagie*, l'*infection purulente*, le *rétrécissement consécutif du rectum*. L'hémorrhagie en effet est à craindre quand on agit sur des tissus contenant en abondance des veines dilatées et la phlébite ainsi que l'infection purulente doivent être redoutées pour les mêmes raisons. Vous songerez aussi à éviter l'atrésie du rectum, car il est évident qu'une perte de substance portant sur une grande partie ou sur la totalité de la circonférence d'un conduit circulaire doit produire une cicatrice dont la rétraction tendra à diminuer le calibre de celui-ci. Voyons donc quels sont, parmi les nombreux procédés opératoires appliqués à la cure radicale des hémorrhoïdes, celui ou ceux qui se recommandent à nous en satisfaisant le mieux aux conditions dont je viens de vous signaler l'importance.

Trois méthodes principales sont en présence : l'*excision*, la *ligature* et la *cautérisation*. J'élimine dès le principe la *ligature* qui n'a plus guère la sympathie que de Holmes et de Curling et n'offre aucun avantage sur l'écrasement linéaire ou sur la ligature extemporanée, méthode qui se rapproche beaucoup plus de l'écrasement que de la ligature proprement dite. Celle-ci doit rester longtemps en place, elle est d'une application très-douloureuse, d'autant plus que l'anesthésie chloroformique ne peut-être entretenue pendant toute la durée du traitement, et si elle n'est que rarement suivie d'hémorrhagie, elle expose beaucoup à l'infection purulente ; ce procédé est donc justement abandonné.

La méthode de l'*excision* compte au contraire de nombreux partisans ; je ne parle pas ici de l'excision pure et simple des tumeurs hémorrhoïdales internes avec le bistouri ou les ciseaux ; cette opération, qu'on peut pratiquer

pour les hémorrhoïdes externes flasques ou les marisques, serait extrêmement dangereuse appliquée aux hémorrhoïdes internes. Dupuytren l'ayant vue souvent suivie d'hémorrhagie, cautérisait au fer rouge les surfaces saignantes, et Boyer, qui la préconise dans son livre, signale cependant l'écoulement sanguin comme un accident presque inévitable. L'infection purulente étant, outre l'hémorrhagie, une complication qui survient fréquemment à la suite de l'excision simple, je ne saurais trop vous dissuader de céder au désir que vous pourriez avoir de reséquer avec l'instrument tranchant les tumeurs procidentes.

En 1855 M. Chassaignac publia un mémoire important sur une nouvelle méthode de traitement des tumeurs hémorroïdales, méthode qui eut une immense succès et sembla destinée à éclipser toutes les autres. Il avait eu l'idée de substituer à la lame du bistouri une chaîne qui devait couper les tissus en les contondant, les écraser en les sectionnant, et mettre les operés à l'abri de toute hémorhagie primitive ou secondaire ainsi que de l'infection purulente. Dans ses premières opérations M. Chassaignac pratiquait un *écrasement annulaire total* des bourrelets hémorrhoïdaux, après les avoir attirés au dehors à l'aide d'une tige supportant des érignes divergentes; il introduisait dans l'anus cette tige dont les crochets se fixaient dans les tumeurs, puis il pédiculisait celles-ci à l'aide d'un fil auquel il substituait la chaîne d'écraseur.

Les résultats obtenus par ce procédé furent d'abord très-brillants; les malades ne perdaient par une goutte de sang ni pendant l'opération ni les jours suivants, et l'on n'eut pas à déplorer de mort par infection purulente; l'opération, terminée en une demi-heure environ et sans douleurs grâce au chloroforme, n'était suivie que de peu de souf-

frances; il semblait donc que tout fut pour le mieux. M. Chassaignac cependant enlevait avec les hémorrhoïdes internes les hémorrhoïdes externes, c'est-à-dire un bourrelet cutané et en quelque sorte une partie de l'extrémité inférieure du rectum; c'était là un réel inconvenient, et Follin vint présenter à la société de chirurgie un malade qui avait subi cette opération et éprouvait les plus grandes difficultés à aller à la selle; ce malade avait un rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum assez serré pour ne permettre l'introduction dans l'anus que d'une sonde de petit calibre. D'autres faits analogues furent peu à peu connus et l'on comprit en quoi péchait une méthode en apparence à l'abri de la critique; on cita aussi quelques cas dans lesquels des hémorrhagies s'étaient produites. M. Chassaignac modifia donc son procédé qui, exécuté comme je viens de vous l'indiquer, faisait courir au malade les chances d'une infirmité cent fois plus grave que l'affection dont il souffrait.

L'*écrasement partiel* consiste à enlever seulement les tumeurs hémorrhoïdales, en respectant les portions saines de la muqueuse rectale et de la peau qui recouvre les fibres du sphincter. Le tube intestinal conserve ainsi une souplesse et un calibre suffisants, il ne survient pas d'atrésie rectale, atrésie que les mèches qu'on introduisait dans l'anus après l'écrasement annulaire étaient impuissantes à prévenir, et c'est là un bon procédé. M. Gosselin l'employa, mais il perdit en peu de temps deux malades d'infection purulente, et ce double malheur le lui fit abandonner; l'écrasement linéaire en effet ne met pas complétement les malades à l'abri de cette redoutable complication de toutes les plaies, mais sous ce rapport c'est en somme une opération peu dangereuse.

Avant la belle découverte de l'écraseur, on employait ou l'excision ou la *cautérisation au fer rouge*. Dupuytren combinait l'une et l'autre méthode; Bégin cautérisait d'emblée les hémorrhoïdes, mais ce fut surtout Ph. Boyer qui préconisa la cautérisation. Il pédiculisait les tumeurs au moyen d'un fil ciré et portait sur elles un gros cautère conique chauffé à blanc qui les mortifiait presque en totalité, mais, si après cette cautérisation les hémorrhoïdes étaient guéries, ce n'était parfois qu'au prix d'un rétrécissement du rectum, car le fer rouge portait un peu au hasard sur les tissus malades et sur les tissus sains, et il se formait une cicatrice annulaire. Ce sont ces rétrécissements consécutifs que reprocha à la cautérisation actuelle M. Chassaignac, ne se doutant pas alors que son procédé serait passible de la même critique.

En 1860 M. Demarquay proposa de substituer aux cautérisations profondément destructives des *cautérisations superficielles*, suffisantes, suivant lui, pour amener la flétrissure des tumeurs, par oblitération des varices, mais si ce procédé à l'avantage d'exposer moins que celui de Ph. Boyer aux rétrécissements du rectum, il ne préserve ni de l'infection purulente ni même des hémorrhagies, bien que l'une et l'autre de ces complications soient rares.

Le *galvano-cautère* a été utilement appliqué à la destruction des hémorrhoïdes, et M. Verneuil, qui fait un si fréquent usage de cet instrument, procède de la manière suivante : après avoir endormi le malade, il attire l'extérieur le bourelet hémorrhoïdal en le saisissant avec des pinces de Museux, puis il enfonce l'extrémité du couteau galvanique à la base de chacune des tumeurs, en évitant soigneusement de cautériser la muqueuse et la peau dans leur intervalle. Cette opération qui est rapidement exé-

cutée, suffit pour amener l'affaissement des hémorrhoïdes et est suivie en général d'une prompte guérison.

Dans ces dernières années, M. le professeur Richet, que j'ai l'honneur de remplacer dans cette chaire, eut l'idée de joindre aux avantages de la cautérisation au fer rouge ceux de l'écrasement, et inventa ses pinces dites : *pinces cautères écrasantes.* Elles ressemblent beaucoup aux fers à papillotes et se terminent par des mors renflés en olives et cannelés sur leur surface plane, mors qui sont montés sur des branches en bois et par conséquent mauvaises conductrices de la chaleur. Après avoir fait prendre au malade un lavement qui vide l'intestin et doit être rendu peu de temps avant l'opération, on le soumet aux inhalations de chloroforme; on pédiculise ensuite les tumeurs hémorrhoïdales internes au moyen de gros fils d'argent terminés par une aiguille d'acier qui traverse le bourrelet de dedans en dehors en plusieurs points situés à égale distance les uns des autres; les hémorrhoïdes externes sont également traversées à leur base, en sorte que chaque anse de fil attire et maintient solidement le bourrelet hémorrhoïdal muqueux et cutané; on a ainsi plusieurs tumeurs artificiellement pédiculisées, et séparées les unes des autres par des sillons profonds. Après avoir protégé contre l'action de la chaleur le périnée et la peau qui entoure l'anus, par des plumasseaux de charpies imbibés d'eau fraîche et maintenus par de longues pinces à polypes, le chirurgien prend successivement les anses de fil, fait saillir les tumeurs et écrase chacune d'elles l'une après l'autre entre les mors de la pince chauffée à blanc. La destruction des tissus est poussée assez loin pour que presque toujours le fil tombe de lui-même. Une condition importante de succès est que la pince soit chauffée à blanc;

si elle est seulement chauffée au rouge sombre ou même au rouge vif, elle adhère aux eschares, la douleur est plus vive si le malade n'est pas endormi et il s'écoule un peu de sang ; on doit alors éteindre dans la plaie un second cautère pour arrêter cette petite hémorrhagie qui tient à une destruction incomplète des veines. Le pansement consiste dans une application sur la plaie de compresses mouillées et fréquemment renouvelées.

Cette opération, Messieurs, est rapide, et les suites en sont extrêmement simples; les eschares sont éliminées en quelques jours et la plaie se cicatrise, en général, assez promptement. Cette manière d'employer le fer rouge permet d'agir avec précision sur les points que l'on veut détruire.

Parfois les malades ont le jour de l'opération un peu de ténesme vésical ou de rétention d'urine, ce qui s'observe d'ailleurs après toutes les opérations pratiquées sur le rectum.

M. Richet a mis son procédé en usage déjà une soixantaine de fois et M. E. Bourdon, qui est resté trois ans dans son service, ne l'a jamais vu entraîner d'accident; pas d'hémorrhagie, pas d'infection purulente, pas de rétrécissement du rectum ; l'hémorrhagie ne serait à craindre que si les pinces n'avaient pas été suffisamment chauffées ; quant à l'infection purulente, il est possible qu'un jour ou l'autre elle survienne, mais on ne devrait pas, suivant nous, attacher une grande signification à un fait isolé qui pourrait se présenter, et en tous cas une observation est encore à citer. Enfin le cautère ayant respecté toujours les portions de muqueuse et de peau intermédiaires aux tumeurs écrasées et détruites, les tissus sains, lorsque les eschares sont tombées et que la cicatrisation s'effectue, per-

mettent à l'orifice anal de se dilater convenablement lors de la défécation.

La cautérisation au fer rouge n'est pas la seule à laquelle on se soit adressé; Amussat a tenté, en 1846, de lui substituer la destruction des hémorrhoïdes à l'aide de pinces à cuvettes remplies de caustique Filhos qui étreignaient et mortifiaient le pédicule des tumeurs, et Jobert (de Lamballe) appliquait de la pâte de Vienne sur les bourrelets que faisaient saillir deux lames métalliques à bords concaves qu'il rapprochait au-dessus d'eux. Je n'insiste pas sur ces procédés douloureux, relativement lents et qui, au point de vue de l'hémorrhagie et de l'infection purulente, ne présentent pas de supériorité sur les autres ; je vous signalerai seulement en terminant, ces *cautérisations superficielles avec l'acide nitrique monohydraté* faites six, huit ou dix fois à intervalles assez éloignés sur les hémorrhoïdes internes procidentes. Ce mode de traitement est dû à Houston (de Dublin) et M. Gosselin l'emploie avec succès; il a l'avantage de permettre aux malades de ne pas garder le lit et de ne les exposer ni aux hémorrhagies ni à la phlébite ; il calme les souffrances qui peuvent résulter des fissures si fréquentes à la surface des hémorroïdes, mais on peut lui reprocher de ne pas amener une guérison rapide; M. Gosselin ne pratique point ces cautérisations sur les tumeurs procidentes et irréductibles par étranglement serré, car, suivant lui, l'élimination des eschares produit l'affaissement du bourrelet et souvent une guérison radicale.

Chez notre malade, Messieurs, quelle est la méthode à laquelle nous nous adresserons? Les hémorrhoïdes sont procidentes et irréductibles, mais l'étranglement n'est pas assez serré pour mortifier d'une façon complète les tumeurs ; nous croyons donc qu'il faut agir. Je me servirais

volontiers des pinces de M. Richet, mais l'écrasement partiel m'a toujours donné de bons résultats, c'est donc à lui que j'aurai recours.

Le malade va être opéré sous vos yeux; après l'avoir endormi, j'attirerai les trois tumeurs avec des pinces de Museux et je les pédiculiserai avec des fils sur lesquels je glisserai trois chaînes d'écraseurs; en un quart d'heure je pense avoir détruit les hémorrhoïdes. J'aurai soin ensuite d'entretenir la constipation pendant quelques jours à l'aide des opiacés, afin d'éviter que les matières fécales n'irritent ou ne déchirent les surfaces de section.

Fin de l'observation. — L'opération fut pratiquée à l'aide de l'écraseur, et il ne s'écoula qu'une très-minime quantité de sang. Le malade ressentit, les jours suivants, quelques douleurs et eut un peu de ténesme rectal; puis le bourrelet cutané qui avait été soigneusement ménagé et s'était d'abord tuméfié, s'affaissa et les garderobes devinrent faciles. Lorsque le malade quitta l'hôpital, trois semaines environ après l'opération, il ne perdait plus de sang en allant à la selle, il ne souffrait plus, et il n'y avait plus trace d'hémorrhoïdes internes.

QUATRIÈME LEÇON

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

Rétrécissement cancéreux de l'extrémité inférieure du rectum. — Extirpation.

Messieurs,

Je vous ai dit, en vous parlant des hémorrhoïdes, que certaines opérations pratiquées dans le but de les détruire ou de les enlever avaient parfois pour fâcheux résultat de produire une atrésie plus ou moins prononcée de l'extrémité inférieure du rectum, et je vous ai signalé la gravité d'une semblable complication, sans insister sur la nature des accidents qu'elle entraîne ; aujourd'hui un malade entré récemment à la clinique me fournit l'occasion de vous entretenir des rétrécissements du rectum.

Toutes les fois que la dernière portion du gros intestin présente une coarctation qui met obstacle au libre cours des matières fécales, on voit survenir un certain nombre d'accidents dont la gravité est subordonnée au degré d'atrésie du rectum ; mais indépendamment de ces symptômes communs à toutes les variétés de rétrécissement, il y en a d'autres qui sont variables et peuvent servir à éclairer le chirurgien sur la véritable nature de la lésion anatomique. Au point de vue du pronostic et du traitement, les rétrécissements cancéreux diffèrent du tout au

tout des rétrécissements fibreux ; il est donc d'une importance capitale de savoir nettement les distinguer les uns des autres.

Au n° 30 de notre salle est couché un homme de cinquante-cinq ans, qui paraît encore robuste, mais dont la pâleur excessive fait soupçonner, au premier abord, qu'il doit être atteint d'une maladie grave.

Cet homme a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'en 1851, époque à laquelle il contracta un chancre. Ce chancre fut-il simple ou infectant ? La question est difficile à résoudre ; mais le malade est intelligent, très-soigneux de sa personne, préoccupé de sa santé, et il n'a pas remarqué avoir eu la moindre éruption, le plus léger engorgement des ganglions inguinaux ou sous-occipitaux ; en un mot, rien ne peut faire supposer qu'il ait eu des accidents secondaires. Ceux-ci, me direz-vous, sont souvent assez fugitifs et assez peu apparents pour échapper à l'attention des malades ; je n'en disconviens pas, mais comme aujourd'hui presque tous les médecins sont d'accord et croient à la dualité chancreuse, nous devons, pour rester conséquents avec cette doctrine que nous acceptons, admettre, jusqu'à preuve du contraire, que le malade n'a pas eu la syphilis.

Il y a un an, il s'aperçut pour la première fois qu'il n'allait à la selle qu'avec une certaine peine, mais il ne souffrait ni pendant la défécation ni dans l'intervalle des garderobes, aussi crut-il être simplement constipé. Il fit usage de laxatifs, prit des lavements et ne se tourmenta pas, jusqu'au jour où il perdit par l'anus, après de violents efforts, une assez grande quantité de sang. Des hémorrhagies se renouvelèrent fréquemment pendant trois mois, et le malade commença dès lors à s'affaiblir et à s'anémier. Il consulta un

médecin, qui lui fit prendre des lavements froids et lui prescrivit l'usage de suppositoires contenant du camphre et des substances astringentes; il est probable que la maladie fut prise au début pour des hémorrhoïdes. Peu à peu la défécation devint de plus en plus difficile et s'accompagna de douleurs assez vives; enfin, il y a quatre mois, le malade en arriva à ne plus pouvoir aller à la selle sans lavements. Depuis cette époque, il éprouve les plus atroces souffrances à chaque garderobe; les matières fécales ne sortent qu'en s'effilant et présentent un aspect rubané; elles provoquent fréquemment un peu d'écoulement sanguin et sont mélangées d'une certaine quantité de muco-pus. Dans l'intervalle des selles, ce muco-pus s'échappe en assez grande abondance pour tacher le linge du malade; il est roussâtre et fétide. Après la défécation, les douleurs cessent assez promptement. Jamais il n'est survenu de phénomènes que nous puissions rattacher à une obstruction intestinale; le malade n'a pas eu de coliques, de ballonnement du ventre, ni de vomissements. Jamais il n'a éprouvé de troubles dans la miction; aujourd'hui, les urines sont claires et évidemment la vessie se vide complétement. Quant à l'état général, il s'est ressenti des pertes de sang qui se sont produites surtout à une certaine époque de la maladie, et des douleurs qui accompagnent la défécation; depuis que celles-ci se sont montrées, c'est-à-dire depuis quatre mois, le malade a beaucoup maigri et s'affaiblit de jour en jour, bien que son appétit soit à peu près conservé et lui permette de se nourrir d'une manière suffisante, aussi se tourmente-t-il à l'excès et avec raison de la gravité de son affection. Il est en outre impressionnable au plus haut point, et quand arrive le moment d'aller à la selle, il s'agite, a presque des attaques de nerfs et ne re-

couvre un peu de tranquillité que dans les quelques heures qui suivent les garderobes. L'examen du rectum est extrêmement difficile à faire chez un homme aussi nerveux, et il est impossible de pratiquer le toucher sans anesthésie chloroformique préalable.

Si l'on se contente d'inspecter l'anus, on constate que l'orifice est situé au fond d'une sorte d'infundibulum, et qu'il est limité extérieurement par un liseré rouge, qui répond à une induration notable des tissus ; la peau de la marge est rouge et légèrement excoriée par son contact avec le muco-pus qui s'échappe du rectum et qui entretient une humidité et une irritation permanente des téguments. Quand, après avoir endormi le malade, on explore l'intestin, on remarque que le doigt est modérément serré par le sphincter et que l'anus peut être aisément franchi. La cavité ampullaire du rectum a conservé son diamètre normal, elle contient un peu de pus mêlé à une petite quantité de matières fécales liquides; la muqueuse est lisse, unie, sans bosselures, sans nodosités, sans végétations. On ne sent nulle part ces irrégularités qui indiquent l'existence d'ulcérations. Mais si la muqueuse est saine, elle repose sur des parois manifestement infiltrées de dépôts plastiques ou autres qui transforment cette portion de l'intestin en un tube rigide. A 5 ou 6 centimètres environ au-dessus de l'anus, on engage le doigt dans un orifice circulaire où la dernière phalange de l'index se trouve serrée et qui paraît bien limité par en haut; c'est le siége du rétrécissement; mais pas plus en ce point qu'ailleurs la muqueuse n'est ulcérée. Ni les ganglions inguinaux qui reçoivent les lymphatiques de la peau de l'anus, ni les ganglions iliaques auxquels aboutissent ceux du rectum, ne sont engorgés; le ventre n'est pas ballonné, et l'on ne sent point dans la fosse

iliaque interne gauche cet empâtement qui pourrait faire présumer l'accumulation de matières fécales dans l'S iliaque.

En présence de pareils symptômes, Messieurs, après l'examen attentif auquel nous nous sommes livrés, il ne peut rester le moindre doute dans l'esprit d'aucun de nous sur l'existence d'un rétrécissement du rectum ; mais quelle en est la nature ? Telle est la question que nous devons résoudre avant de décider l'opération qu'il conviendra de pratiquer.

L'étiologie des rétrécissements du rectum, malgré les nombreux et excellents travaux publiés sur ce sujet, est encore, dans un grand nombre de cas, entourée d'une certaine obscurité. Il n'y a pas rétrécissement proprement dit, dans les cas où le rectum se trouve comprimé par des tumeurs développées dans le bassin ou au dépens des organes environnants, comme la prostate ou l'utérus. Sans doute, le calibre de l'intestin est alors diminué et il peut survenir des accidents d'obstruction, mais ces rétrécissements par compression exercée sur un conduit de dehors en dedans constituent une classe à part dont nous ne nous occuperons pas. Les hémorrhoïdes, les polypes, les végétations qui sont susceptibles d'obstruer l'orifice anal ne doivent pas davantage être comptés au nombre des causes des rétrécissements, à moins qu'on ne veuille étendre beaucoup le sens qu'on a l'habitude de donner au mot *rétrécissement*. Nous ne considérerons donc comme *rétrécissements* vrais, que ceux qui seront dus à des altérations de la paroi rectale.

Quant aux *rétrécissements spasmodiques* du rectum, ils sont rares, bien qu'ils aient été observés, et leur peu de fréquence tient au petit nombre et à la faiblesse relative des fibres musculaires qui entourent circulairement cette portion du tube intestinal. La structure du rectum est bien

différente de celle d'autres conduits musculeux tels que l'urèthre, dans sa portion dite membraneuse, et l'œsophage. On sait le rôle important que joue le spasme dans les rétrécissements de ces deux canaux; à lui seul il suffit pour effacer complétement leur lumière, et le plus souvent il vient s'ajouter aux rétrécissements organiques et s'opposer d'une manière intermittente aux tentatives de cathétérisme. Le rectum n'est pas assez musculeux pour être atteint de rétrécissement uniquement spasmodique, et il est, je crois, tout à fait exceptionnel de voir un spasme venir augmenter les difficultés qu'on éprouve à franchir avec le doigt ou avec une sonde un rétrécissement organique. Si les rétrécissements spasmodiques existent, ils ne peuvent siéger vraisemblablement qu'au niveau du sphincter anal, là où se trouvent des muscles dont les fibres embrassent l'extrémité inférieure de l'intestin en formant boutonnière. Boyer attribuait les vives douleurs que produisent les fissures à l'anus, à la contracture de ce sphincter, et, quoique cette opinion soit trop absolue, il est certain que, dans quelques cas, cette anneau musculeux peut opposer au passage des matières fécales une barrière plus ou moins difficile à franchir; mais je ne pense pas que le sphincter décrit par M. Nélaton au dessus de l'ampoule rectale, ni celui d'Obeirne, qui est situé plus haut, puissent devenir le siége d'un spasme capable de constituer un véritable rétrécissement. Il y a en effet cette différence capitale entre ces sphincters et le sphincter externe, que les premiers sont de simples anneaux formés par des fibres musculaires lisses et dont l'existence n'est pas même constante, tandis que le sphincter anal est un muscle puissant à fibres striées qui reçoit l'influx moteur du système nerveux de la vie de relation.

Les rétrécissements spasmodiques ainsi éliminés, excepté pour les trois ou quatre derniers centimètres de l'intestin, voyons, Messieurs, quelles sont les principales variétés de rétrécissements organiques du rectum. Il n'y en a, à proprement parler, que deux : les *rétrécissements fibreux*, et les *rétrécissements cancéreux ;* les premiers résultant d'une prolifération du tissu conjonctif dans la paroi intestinale, les seconds produits par un néoplasme susceptible de revêtir les diverses formes que peut affecter le cancer.

Les *rétrécissements fibreux* succèdent pour ainsi dire toujours à une inflammation générale ou partielle des parois du rectum; ils sont donc d'origine inflammatoire. Tantôt c'est un prolapsus du rectum, tantôt ce sont des hémorrhoïdes enflammées qui deviennent le point de départ du processus irritatif destiné à aboutir à une hyperplasie du tissu connectif et finalement à un rétrécissement. Toute rectite, quelle qu'en soit la cause, introduction de corps étrangers, pédérastie, etc., peut être suivie d'un rétrécissement; les ulcérations de la dyssenterie produisent parfois, en se cicatrisant, une diminution dans le calibre du rectum; enfin, on peut dire avec Malgaigne que toute opération pratiquée sur les tuniques de l'intestin le rétrécit, et je ne reviendrai pas sur les conséquences funestes de l'ablation des hémorrhoïdes à l'aide de l'écrasement linéaire, lorsqu'on enlève du même coup toute la circonférence de l'extrémité inférieure du rectum, sans avoir soin d'en respecter certaines portions destinées à prévenir l'atrésie du conduit.

Un point d'étiologie qu'on pourrait longuement discuter, c'est celui qui concerne le rôle joué par la syphilis dans la pathogénie des rétrécissements fibreux. Dans son excellent mémoire sur les *rétrécissements syphilitiques* du rectum,

M. Gosselin admet que ceux-ci sont le fait de certaines lésions développées au voisinage de l'accident primitif, du chancre, mais qui ne sont ni primitives ni constitutionnelles; ce sont des lésions locales ou de voisinage dues à une modification toute spéciale de la vitalité dans les tissus contaminés par le virus chancreux. Ces rétrécissements qui, d'après M. Gosselin, ont des caractères tout spéciaux, sont beaucoup plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, et je n'ai pas besoin de vous en indiquer la raison. Ils ne peuvent être rattachés ni à la syphilis secondaire, car M. Gosselin ne les a pas vus survenir à la suite de plaques muqueuses de l'anus, ni à la syphilis tertiaire, car un grand nombre des malades qu'il a traitées n'ont jamais eu d'accidents constitutionnels; enfin, comme dernière preuve à invoquer contre l'influence de la diathèse syphilitique, on pourrait ajouter que les mercuriaux et l'iodure de potassium n'ont aucune efficacité contre ces rétrécissements, même lorsque ces médicaments sont administrés dès le début de la maladie.

Les rétrécissements survenus bien évidemment sous l'influence de la syphilis envisagée comme diathèse sont peu connus, et beaucoup d'auteurs ne les admettent pas. M. Cullerier a décrit sous le nom d'*entérite syphilitique* une affection survenant à la même époque que les accidents tertiaires et ayant pour symptôme principal une diarrhée chronique qui cède à l'emploi de l'iodure de potassium; suivant lui, cette diarrhée pourrait bien être entretenue par des tumeurs gommeuses sous-muqueuses, susceptibles de se ramollir et de s'ulcérer; mais je n'ai pas connaissance d'observations où l'on ait constaté la présence de gommes des parois du rectum. Il est certain cependant qu'on a vu des rétrécissements produits par des tumeurs

dures, charnues, dépendantes des parois, venant oblitérer plus ou moins complétement la lumière du canal et évidemment développées sous l'influence de la syphilis, en général dans la période tertiaire. Ces tumeurs, assez analogues aux condylômes, peuvent siéger très-haut, et être à peine accessibles au doigt par le toucher; elles doivent avoir une structure à peu près semblable à celle des végétations si bien représentées par Huguier dans son remarquable mémoire sur l'esthiomène de la région vulvo-anale, affection à laquelle il est permis d'attribuer parfois une origine syphilitique. Ce point de la pathogénie des rétrécissements du rectum n'a pas du reste été suffisamment étudié, mais on conçoit facilement que la rétraction des cicatrices qui succèdent aux larges ulcérations anales et même intrarectales de l'esthiomène, soit une cause de rétrécissement.

Telle est en résumé, Messieurs, l'étiologie des rétrécissements fibreux du rectum; leur structure intime est celle de tous les rétrécissements fibreux en général. A leur niveau, la muqueuse est plus ou moins transformée en tissu fibreux, et l'épithélium qui la recouvre peut manquer par place; elle est très-adhérente au tissu cellulaire sous-jacent qui a proliféré et s'est transformé, lui aussi, en tissu fibreux, dense, dur et criant sous le scalpel.

Quant à la tunique musculeuse, elle est ou atrophiée ou hypertrophiée; cette dernière altération est la plus fréquente, mais c'est surtout au-dessus du rétrécissement que les fibres musculaires sont modifiées par ce travail hypertrophique : là s'accumulent en effet les matières stercorales, dans une ampoule contractile qui peut atteindre de très-grandes dimensions. Breschet, auquel on doit les détails de l'autopsie de Talma, a noté que chez ce dernier le côlon était assez dilaté au-dessus du rétrécissement pour venir

se mettre en rapport avec une partie du rectum située au-dessous de l'obstacle. La tunique musculeuse s'hypertrophie parfois assez pour résister à la distension de l'intestin produite par l'accumulation des gaz et des matières fécales ; mais dans d'autres cas les parois s'amincissent, s'ulcèrent et une rupture peut survenir, d'où abcès stercoral ou épanchement des matières dans la cavité péritonéale. C'est par ce mécanisme qu'on voit se produire des fistules recto-vaginales et surtout des trajets qui, ayant pour point de départ la portion du rectum située au-dessus du rétrécissement, viennent s'ouvrir en nombre variable au périnée.

C'est encore dans ce même point, là où s'accumulent les matières stercorales que siégent presque toujours, tantôt plusieurs ulcérations, tantôt une érosion unique de toute la circonférence de la muqueuse, érosion que M. Gosselin a trouvée constamment chez ses malades atteintes de rétrécissement syphilitique et qu'il regarde comme un des principaux caractères de cette variété.

Si le rectum est dilaté en général au-dessus d'un rétrécissement comme l'est l'œsophage dans le même cas, il est au contraire plutôt rétréci et comme atrophié au dessous, ce qui rentre dans cette loi générale que tout conduit musculo-membraneux a un calibre en rapport avec la quantité des matières solides ou liquides qui le traversent.

Les rétrécissements fibreux, Messieurs, ont une forme qui varie suivant la cause qui les a produits. Ce sont tantôt de simples brides transversales, tantôt des cloisons perforées à leur centre, de véritables valvules qui diminuent le calibre de l'intestin ; tantôt enfin, et c'est là la disposition la plus fréquente, la portion rétrécie affecte la forme d'un petit cylindre haut de 1 centimètre environ et d'une épaisseur variable. Le diamètre du rétrécissement est très-diffé-

rent suivant les cas; la coarctation peut être très-légère comme elle peut au contraire être assez serrée pour ne pas permettre l'introduction du petit doigt ou même d'une sonde de femme; souvent elle affecte une disposition infundibuliforme, et le point le plus rétréci répond à la ligne de jonction des sommets de deux cônes ouverts l'un en haut, l'autre en bas.

Les rétrécissements fibreux peuvent siéger à toutes les hauteurs possibles, mais ils ont cependant quelques lieux d'élection. M. Gosselin n'a jamais vu les rétrécissements syphilitiques qu'il a décrits situés à plus de 4 à 5 centimètres au-dessus de l'anus; l'étiologie qu'il invoque rend compte de cette particularité, mais il est clair qu'il est impossible d'assigner un siége précis à une lésion qui reconnaît des causes très-diverses. La seule chose qu'on puisse affirmer, je crois, c'est que la plupart des rétrécissements fibreux ne siégent pas à plus de 9 centimètres au dessus de l'anus, et par conséquent sont accessibles au toucher.

Enfin, les rétrécissements dont nous parlons sont parfois multiples, bien que cela soit l'exception, contrairement à ce que nous observons pour les rétrécissements de l'urèthre. S'il y a deux rétrécissements séparés par une portion saine d'intestin, celle-ci pourra se dilater et servir de réservoir aux matières fécales qui viendront y séjourner et ne pourront s'en échapper que difficilement, vu la faible contractilité des parois de la poche. On a signalé cette disposition dans des cas de cancer du rectum, et les détails que je viens de vous donner sur les rétrécissements fibreux sont presque tous applicables à ceux qui reconnaissent pour cause un néoplasme ayant envahi la paroi intestinale.

Dans l'étude du *cancer du rectum*, il faut en effet tenir compte et de son influence sur le cours des matières et des accidents spéciaux qui dépendent de la nature toute particulière du rétrécissement. Au premier point de vue, l'histoire des rétrécissements fibreux et celle du cancer du rectum ont la plus grande analogie, sinon une similitude parfaite; au second, le cancer a une physionomie propre. Il y a donc avantage à réunir sous ce nom, *rétrécissements du rectum*, les rétrécissements fibreux et cancéreux, si toutefois on a soin de ne pas laisser de côté les différences qu'ils présentent sous le rapport de l'anatomie pathologique, des symptômes, de la marche, et par conséquent du pronostic.

Si la transformation fibreuse des parois du rectum a toujours pour conséquence un rétrécissement, il n'en est pas constamment ainsi pour le cancer. Vidal (de Cassis), auquel nous devons un bon travail sur ce sujet, rapporte l'histoire d'une vieille femme qui portait à la partie inférieure du rectum un cancer non encore ulcéré; il formait deux tumeurs principalement saillantes en avant et en arrière, qui faisaient subir à l'anus une dilatation latérale d'où résultait pour la malade l'impossibilité de retenir ses matières fécales. Cet effet du cancer est, sachez-le bien, exceptionnel; le rétrécissement est la règle, quoiqu'on ait cité des exemples d'intestins présentant un épaississement squirrheux considérable sans que leur calibre soit diminué; toutefois les rétrécissements sont plus ou moins serrés, plus ou moins concentriques.

On a désigné sous le nom de *cancer atrophique* une variété caractérisée par une atrésie très-prononcée du rectum. Tantôt le cancer envahit toute la circonférence du tube intestinal et donne au rétrécissement une forme annu-

laire; tantôt il se développe sur un point du contour du rectum, soit en avant, soit en arrière, soit sur les parties latérales. Le degré de fréquence de ces cancers limités est difficile à déterminer; les Anglais ont avancé que ceux de la paroi postérieure sont les plus communs, mais il me semble au contraire que la paroi antérieure est plus souvent affectée, du moins primitivement, car le cancer s'étend avec une assez grande rapidité à toute la circonférence de l'intestin; cela est incontestable pour les cancers de l'extrémité inférieure. Chacun de vous sait combien les cancers de l'utérus sont communs, et il n'est malheureusement pas rare de voir le mal envahir tous les tissus qui ferment en bas le petit bassin et par conséquent le rectum; les cancers de la prostate ou de la vessie peuvent également se propager à la paroi antérieure de l'intestin, et ce sont là les raisons qui militent, croyons-nous, en faveur de notre opinion. Nous admettons aussi, pour les mêmes motifs, que les cancers de la partie inférieure du rectum sont plus fréquents que ceux de la portion supérieure, quoiqu'on ait longtemps regardé comme siége de prédilection des néoplasmes le point de jonction du rectum avec l'S iliaque, en s'appuyant sur des considérations physiologiques que nous ne voulons pas développer ici.

Le cancer est susceptible de revêtir diverses formes; le plus souvent il est *diffus*, c'est-à-dire infiltré entre les couches dont la superposition constitue la paroi du rectum. Il débute alors par des plaques d'induration qui parfois chez l'homme se moulent sur la prostate, comme cela a été observé chez l'illustre Broussais. D'autres fois, il commencera par une tumeur de volume variable qui semblera d'abord extérieure à l'intestin, mais avec laquelle peu à peu la muqueuse contractera des adhérences. Enfin,

il est une troisième forme un peu plus rare et qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic : c'est celle où le cancer débute par de petits tubercules, très-durs, disséminés sur toute la circonférence du rectum, et donnant au doigt la même sensation que les espèces de papules, dures et rouges, que l'on rencontre dans certains cancers du sein d'une très-grande malignité. Il y a tout lieu de croire que cette forme de cancer du rectum doit également avoir une gravité particulière et récidiver très-promptement. Ces nodosités prennent parfois, lorsqu'elles se sont accrues beaucoup, un aspect polypiforme et peuvent se pédiculiser, aussi serait-il possible de les confondre avec des polypes fibreux ou des hémorrhoïdes, si l'on se contentait d'un examen superficiel et si l'on négligeait de tenir compte de la base d'induration sur laquelle elles reposent. Vidal est assez disposé à croire que J.-L. Petit avait affaire à cette variété de cancer lorsqu'il crut avoir trouvé les veines hémorrhoïdales variqueuses depuis l'S du côlon jusqu'au sphincter de l'anus; en effet, J.-L. Petit rapporte qu'elles étaient crevées et ulcérées, et que les bords de plus d'une trentaine de ces ulcères étaient, dans presque toute l'étendue de l'intestin, durs et calleux. La critique de Vidal est juste, et, comme ce chirurgien, je pense que J.-L. Petit a commis une erreur de diagnostic malgré sa sagacité habituelle.

Vous pouvez prévoir, Messieurs, que toutes ces formes de cancer doivent avoir pour conséquence de produire un rétrécissement du rectum plus ou moins serré suivant l'étendue de l'altération des parois, ou le volume des tumeurs. Chez notre malade, le rétrécissement n'est pas assez nettement limité pour que nous espérions n'avoir affaire qu'à des tissus fibreux; le cancer, en effet, marche

toujours, envahit de proche en proche les tissus, et, quel que soit son point de départ, il s'étend bientôt dans tous les sens, ainsi que l'avait indiqué Delpech.

Non-seulement dans le cancer le calibre de l'intestin est constamment rétréci, mais la direction du canal est souvent modifiée; alors, pour introduire une sonde dans le rectum, on est obligé de la diriger dans des sens variables, et encore s'expose-t-on souvent à faire fausse route lorsqu'on veut retrouver un trajet tortueux.

Si le squirrhe est la variété la plus fréquente de cancer du rectum, et dans ce cas les fausses routes ne sont pas à craindre, tant les parois du tube intestinal sont dures et parfois de consistance ligneuse, il peut arriver cependant que le cancer appartienne à la variété dite encéphaloïde ou à la forme colloïde. D'après M. Cruveilhier, ce cancer colloïde serait celui qui envahirait le plus souvent le rectum; je dois dire que j'ai rencontré surtout le squirrhe ou le cancroïde, c'est-à-dire le cancer épithélial, mais mes observations ne peuvent être mises en parallèle avec celles qu'a fournies au savant professeur sa vaste pratique.

Tels sont, Messieurs, les principaux traits de l'histoire des rétrécissements fibreux et cancéreux du rectum au point de vue anatomo-pathologique. Les uns et les autres débutent en général d'une manière lente et insidieuse. Les malades, comme celui qui est dans nos salles, éprouvent, pendant un temps souvent fort long, une certaine difficulté à aller à la garde-robe, et sont d'abord simplement sujets à une constipation qu'ils combattent à l'aide de laxatifs ou de lavements. Cette constipation peut être opiniâtre et constitue toujours une cause de malaise, quoique Tanchou rapporte l'exemple d'une dame qui put rester deux mois sans aller à la selle, et ne fut pas notablement incommodée.

Dans les cas de cancer, les malades éprouvent souvent quelques douleurs lancinantes au fondement, douleurs qu'ils attribuent volontiers à la présence d'hémorrhoïdes; on a noté aussi comme symptômes initiaux, de la dysurie et même de la rétention d'urine. Puis, peu à peu, la défécation devient de plus en plus pénible, et, au bout d'un certain temps, ce n'est qu'au prix de violents efforts que les malades parviennent à expulser leurs matières, qui, se moulant sur le canal étroit qu'elles parcourent, affectent une forme cylindrique, ou rubanée. Si la filière est d'un petit calibre, les fèces ressemblent à des vers, à des rubans et ne sortent qu'avec une extrême difficulté; les malades ressentent alors quelques coliques et des borborygmes causés par l'accumulation des gaz dans le tube intestinal, leur ventre est tendu et ballonné, et ils ont des hoquets et des renvois fréquents. A la palpation, on peut sentir dans la fosse iliaque gauche une tumeur généralement mate, mais quelquefois sonore, si les gaz sont accumulés en grande quantité dans l'S iliaque. Cette tumeur, très-dure ou de consistance pâteuse, est formée par un amas de matières fécales plus ou moins molles et parfois malléables sous une pression profonde.

La constipation doit être considérée comme la règle, au début des rétrécissements du rectum, et comme le premier symptôme qui éveille l'attention du malade et du médecin, mais il s'en faut que cette règle soit absolue. Très-fréquemment c'est de la diarrhée que l'on observe, et il en est presque toujours ainsi dans les cas de rétrécissements syphilitiques; plusieurs des malades dont les observations sont rapportées dans le mémoire de M. Gosselin (*Arch. gén. de médecine*, 1854), n'allaient à la garde-robe que tous les deux ou trois jours, après des coliques

qui se terminaient par une selle liquide ; d'autres allaient à la selle deux fois chaque matin et rendaient d'abord du pus et du mucus, puis des matières fécales. Dans ces cas, la diarrhée est causée par la vaste ulcération située au-dessus du rétrécissement. Dans tous les rétrécissements, ces ulcérations sont fréquentes et sont le siége d'une abondante sécrétion de pus qui s'écoule par l'anus, soit presque continuellement, soit au moment des garderobes. Lorsqu'il s'agit d'un cancer ulcéré, ce pus est d'une fétidité particulière, il est mélangé souvent de sang sanieux et contient parfois des détritus provenant du néoplasme. Même en l'absence d'ulcérations, la muqueuse intestinale irritée et enflammée par le séjour des matières fécales dans l'ampoule qui existe presque toujours au-dessus de l'obstacle, secrète en grande abondance des mucosités qui franchissent seules le rétrécissement en empruntant aux matières stercorales une odeur caractéristique, ou entraînent une partie des fèces après les avoir délayées.

Rappelez-vous donc, Messieurs, que la diarrhée ne prouve pas que le calibre de l'intestin soit normal et ne doit pas vous faire négliger une exploration seule capable de vous éclairer sur la nature du mal. Le malade en apparence va à la selle, il se plaint seulement d'une diarrhée persistante, et si votre attention n'est pas éveillée sur la possibilité d'un rétrécissement, vous pouvez passer à côté de la lésion sans la soupçonner. Une pareille erreur est très-analogue à celle que l'on commet journellement en présence d'une rétention d'urine avec miction par regorgement ; le toucher rectal dans un cas, le cathétérisme dans l'autre, sont indispensables pour nous permettre de poser un diagnostic précis et nous faire éviter une méprise. Trop de médecins croient encore qu'un rétré-

cissement du rectum ne peut pas coïncider avec de la diarrhée, et je tenais à vous mettre en garde contre la fausse sécurité que pourrait vous inspirer un symptôme dont la signification est tout autre que celle qui lui est généralement attribuée.

Souvent la diarrhée alterne avec la constipation, c'est-à-dire que la constipation est telle que les matières fécales sont absolument retenues et qu'il ne sort plus par l'anus que du pus ou des mucosités intestinales; puis, par le fait du ramollissement des matières par les liquides que sécrète la muqueuse plus ou moins altérée, et sous l'influence d'une contraction très-énergique des muscles abdominaux, il se produit de temps en temps de véritables débâcles de matières demi-solides ou tout à fait liquides franchissant le rétrécissement avec du pus, des mucosités et parfois du sang, surtout si le rétrécissement est cancéreux. Dans ce dernier cas, les débâcles sont encore plus fréquentes que dans les rétrécissements fibreux, car il est possible que l'obstruction de la lumière du rectum produite par une tumeur encéphaloïde cesse à des intervalles plus ou moins rapprochés par l'élimination de quelques portions de la masse morbide; celle-ci peut former à l'extérieur du rectum une sorte d'ajutage, de pavillon constitué par une tumeur rouge, ulcérée, irréductible, fournissant un pus sanieux et fétide par ses deux faces et donnant lieu non à une rétention, mais à une incontinence des matières fécales.

Il est possible jusqu'à un certain point, Messieurs, de diagnostiquer un rétrécissement du rectum à l'aide des symptômes que je viens de vous énumérer, et qui tous se rapportent à une gêne variable apportée par un obstacle permanent à l'expulsion des matières fécales. A ces troubles fonctionnels se rattachent des perturbations de la santé gé-

nérale sur lesquelles je reviendrai ; mais il est important, pour compléter le diagnostic d'un rétrécissement du rectum, de recourir à divers modes d'exploration.

Le premier, le plus important sans aucun doute, c'est le toucher ; le toucher seul vous apprendra tout ce qu'il vous faudra savoir pour arriver à déterminer le siége, le degré et la nature du rétrécissement auquel vous aurez affaire.

D'après l'inspection de la région anale, vous reconnaîtrez parfois un cancer à la présence de masses polypiformes, rouges, excoriées, saignant au moindre contact, qui feront hernie à travers l'orifice et se continueront évidemment avec des tumeurs intra-rectales de même nature. Ces espèces de végétations pourraient être confondues au premier abord avec des hémorrhoïdes ulcérées, mais pour ne pas les en distinguer, il faudrait négliger de rechercher la consistance des tissus sur lesquels elles s'implantent et ne pas tenir compte de l'état des parois du rectum.

On pourrait aussi prendre pour un cancer affectant cette forme en ajutage que je vous ai signalée, un prolapsus de la muqueuse rectale. Celle-ci en effet, lorsqu'elle est herniée, est susceptible de s'excorier au contact des liquides qui viennent continuellement irriter sa surface ; elle s'épaissit, s'infiltre de matière plastique, et ressemble au cancer.

Cette inspection, qui doit toujours précéder l'exploration du rectum par le toucher, vous permettra également de reconnaître s'il n'y a pas dans les plis de l'anus une fissure qui puisse être le point de départ de douleurs qu'on serait tenté de rapporter à une lésion plus sérieuse.

Lorsque vous aurez fait un examen rapide des parties extérieures, examen qui le plus souvent ne vous fera constater qu'un érythème des téguments de la région, vous

pratiquerez le toucher avec les plus grandes précautions et lentement, afin d'apprécier exactement l'état de la muqueuse jusqu'au niveau du rétrécissement ; vous sentirez ainsi si elle est lisse ou rugueuse, souple ou indurée, ulcérée ou non, enfin si elle sert de substratum à des fongosités, ou à des productions polypiformes dont la nature peut quelquefois paraître douteuse ; sachez à ce sujet qu'excepté chez les enfants, rien n'est plus rare que les polypes fibreux ou muqueux du rectum. Dans l'enfance, le cancer du rectum est exceptionnel, et les polypes à surface lisse, implantés sur une paroi souple, munis d'un pédicule qui les rend mobiles et leur permet de sortir de l'intestin pour y rentrer ensuite après la défécation, ont des caractères assez tranchés pour que toute confusion avec un néoplasme de mauvaise nature soit impossible. Chez l'adulte et chez le vieillard surtout, ces polypes sont rares, et toute production exubérante ou végétante ayant pour point de départ la surface interne du rectum devra vous faire songer à une des formes de cancer dont je vous ai parlé, en supposant que vous ayez écarté l'hypothèse d'une tumeur hémorrhoïdale.

Si l'on peut rencontrer au-dessous d'un rétrécissement quelques indices qui vous mettent sur la voie du diagnostic, presque toujours néanmoins dans les cas de rétrécissements fibreux et souvent aussi dans les cas de cancers la portion du rectum que nous appellerons le bout inférieur est saine. Le cancer cependant, quand il a débuté à la hauteur de la prostate ou du col de l'utérus, ce qui est commun, a une très-grande tendance à s'étendre en bas vers l'anus, en même temps qu'il gagne en épaisseur et s'infiltre dans les tissus voisins. Il peut aussi remonter plus ou moins haut sur les parois du rectum,

mais souvent il s'arrête dans sa marche un peu au-dessous du cul-de-sac péritonéal, ou du moins il reste un certain temps avant d'atteindre le point où la séreuse se réfléchit; c'est grâce à cette particularité qu'on peut faire l'extirpation totale de l'extrémité inférieure d'un rectum cancéreux, mais malheureusement des plaques de mauvaise nature sont souvent disséminées comme en avant-garde entre les couches de la paroi intestinale au-dessus du cul-de-sac; tantôt ces plaques font saillie sous la séreuse, tantôt elles sont situées dans le tissu cellulaire sous-muqueux et forment là des foyers de repullulation pour le néoplasme.

La plupart des rétrécissements fibreux ne siégent guère plus haut qu'à 9 centimètres au-dessus de l'anus; ceux qu'a décrits M. Gosselin sont à 5 ou 6 centimètres, il est donc facile d'y engager le bout du doigt indicateur qui se sentira plus ou moins serré suivant le degré de la coarctation; tantôt la première phalange passera tout entière et facilement par le rétrécissement, et il sera possible d'apprécier l'état de la muqueuse dans le bout supérieur, tantôt le calibre de l'intestin sera trop étroit pour permettre l'introduction même du bout du doigt qui viendra butter contre l'obstacle sans pouvoir le franchir.

Ces explorations sont en général douloureuses, et surtout dans les cancers les souffrances sont parfois assez vives pour rendre indispensable l'anesthésie chloroformique à laquelle vous m'avez vu recourir pour notre malade. La douleur provoque aussi un certain degré de spasme musculaire, spasme d'une faible énergie, il est vrai, mais qui, suivant M. Gosselin, rend les rétrécissements plus étroits sur le vivant que sur le cadavre. Lorsque les parois du rectum sont envahies par un cancer encéphaloïde ou gélatiniforme, le canal peut être dévié, coudé en

plusieurs points, suivant des directions impossibles à prévoir, et si la tumeur est très-molle, très-friable, le doigt peut faire fausse route et se creuser un trajet en dehors de la cavité intestinale : aussi ne saurais-je trop vous recommander d'apporter le plus grand soin dans votre exploration, lorsque vous vous trouverez en présence de cette variété de cancer.

Les renseignements fournis par le toucher sont d'une telle importance qu'il ne faut rien négliger pour parvenir à reconnaître le rétrécissement avec le doigt ; si l'obstacle au cours des matières est situé un peu haut, vous déprimerez fortement le périnée, et au besoin vous vous ferez pousser le coude pour arriver à pénétrer plus avant dans le rectum. Il est utile aussi de pratiquer le toucher de différentes manières. Le malade sera d'abord examiné sur le dos, et votre doigt explorera ainsi la demi-circonférence antérieure du rétrécissement et celle de l'intestin au-dessus et au-dessous de lui, la prostate ou le fond de l'utérus, etc. Puis vous pourrez faire placer le malade sur le côté, dans la position qui est adoptée pour l'opération de la fistule à l'anus et vous explorerez alors la demi-circonférence postérieure. Enfin, si le rétrécissement est très-élevé, vous exercerez sur les parois abdominales une pression destinée à repousser en bas au devant du doigt la portion du rectum qu'il doit atteindre. On a conseillé de toucher les malades par derrière après les avoir fait placer debout, le corps penché en avant, c'est là une position qu'il sera bon d'adopter parfois ; quant au dé ou au doigt articulé en ivoire dont Amussat se servait pour explorer les rétrécissements situés très-haut, je ne vous en conseillerai pas l'usage, et je ne crois pas que beaucoup de chirurgiens y aient encore recours aujourd'hui. Il en est de même des injections

qu'on a faites dans le but de déterminer la hauteur d'un rétrécissement inaccessible au doigt, par la quantité d'eau que peut contenir l'intestin entre la coarctation et l'anus. Ces injections n'ont guère qu'un avantage, c'est de ramener, dans le cas de cancer, des parcelles de tissu dont l'examen microscopique sert au diagnostic. On peut dans le même but se servir d'une sonde à double courant.

Pour apprécier le siége des rétrécissements très-élevés, il faut recourir au cathétérisme du rectum. Si vous employez une bougie de gomme assez flexible, elle se recourbera au niveau du rétrécissement, si elle ne pénètre pas dans l'orifice, et sa pointe viendra se présenter à l'anus. La moitié de la longueur de la tige contenue dans le rectum vous donnera alors la hauteur à laquelle se trouve situé le rétrécissement. On a proposé de se servir de bougies, dites bougies à empreintes, formées d'une matière molle, susceptible de prendre la forme du rétrécissement, mais elles sont justement abandonnées, car elle ne peuvent pas franchir l'obstacle à cause de leur mollesse même, ou perdent leur forme en passant entre les fibres du sphincter. Le mieux est d'employer une sonde rigide à grande courbure, comme le faisait Vidal, ou des sondes œsophagiennes de différents calibres. En 1839, M. Laugier a conseillé l'usage d'une sonde de gomme élastique terminée par un petit sac de baudruche qu'on insuffle après lui avoir fait franchir le rétrécissement. Cet appareil peut rendre des services, mais son emploi est assez difficile. Il en est de même du *speculum ani*, dont l'application est des plus douloureuses et qui ne peut être utile que si le rétrécissement est peu élevé. Le toucher suffit amplement dans ces cas; aussi se contente-t-on généralement de ce mode d'exploration.

J'espère, Messieurs, vous avoir mis en mesure de reconnaître la nature de l'affection dont notre malade est atteint. La constipation a chez lui marqué le début de la maladie ; les garderobes sont devenues de jour en jour plus difficiles, et au bout d'un certain temps la défécation a donné lieu à des douleurs, légères d'abord, puis atroces. Le malade aujourd'hui n'expulse qu'avec la plus grande difficulté des matières rubanées et rend par l'anus du pus, des mucosités fétides et teintées de sang et même parfois du sang pur. Au toucher, on constate une induration considérable des parois de l'extrémité inférieure du rectum ; la santé générale est gravement compromise ; malgré son apparente vigueur, le malade se sent faible, il mange et digère mal, mais il n'en est pas encore à la période de cachexie. L'existence d'un rétrécissement du rectum ne peut être douteuse pour personne, et nous sommes en droit d'admettre que nous avons affaire à un cancer. Devons-nous, en effet, songer ici à un rétrécissement syphilitique? Le malade n'a jamais eu d'accidents qui puissent être rapportés à une syphilis contitutionnelle, et nous avons vu que les rétrécissements qui reconnaîtraient pour causes des gommes intra-rectales ne sont pas admis par tout le monde ou du moins n'ont pas été décrits. Il ne peut pas davantage être question d'un rétrécissement syphilitique appartenant à la variété signalée par M. Gosselin ; le point de départ de l'affection, le chancre anal ou le chancre situé au voisinage de l'anus manque dans les antécédents, et rien dans les symptômes ne peut éveiller dans notre esprit l'idée qu'il s'agit là d'un simple rétrécissement fibreux. Le malade a cinquante-cinq ans ; sans cause connue, il a commencé, il y a un an, à éprouver de sérieuses difficultés à aller à la selle, puis les douleurs sont venues, des hémor-

rhagies se sont produites, et la santé générale n'a pu résister longtemps à ces diverses causes d'affaiblissement. Enfin, l'extrémité inférieure du rectum est envahie par une induration trop diffuse et trop étendue pour dépendre d'une simple hyperplasie du tissu conjonctif dont on ne concevrait pas du reste la cause.

Que devons-nous tenter, Messieurs, pour arrêter la marche d'une maladie dont la terminaison spontanée ne peut être que la mort dans un délai plus ou moins prochain?

Les rétrécissements du rectum ne rétrogradent jamais; quand ils sont fibreux, voici quelle est la succession des accidents : la défécation devient de plus en plus difficile, et il arrive un moment où elle ne s'accomplit qu'avec les efforts les plus pénibles; le malade est alors épuisé par les souffrances et par une suppuration souvent abondante; digérant mal ses aliments, il en prend le moins possible et éprouve un dégoût insurmontable pour la nourriture; il perd peu à peu ses forces, s'anémie et la fièvre hectique l'emporte, tantôt rapidement, tantôt au bout de quelques années seulement si le rétrécissement augmente avec lenteur. Je ne parle pas des fissures si douloureuses qui peuvent compliquer l'affection principale ni des abcès de la marge de l'anus ou des fosses ischio-rectales qui surviennent assez fréquemment.

Dans le cancer, on observe aussi cette mort lente résultat de l'anémie et de l'inanition qui est la conséquence de l'obstacle apporté à la défécation, mais l'état de cachexie dans lequel tombe le malade tôt ou tard vient contribuer à rapprocher le terme fatal : aussi la mort est-elle plus rapide dans les cas de rétrécissement cancéreux, même lorsqu'elle survient en dehors de toute complication, à cause des perturbations profondes qu'apporte le cancer à

la nutrition. Du côté du rectum, il faut aussi noter que la marche des accidents est jusqu'à un certain point subordonnée à la variété de cancer qui les produit. Le squirrhe annulaire amène une rétention plus prompte des matières fécales que l'encéphaloïde, qui peut former des masses végétantes considérables sans obstruer aussi complétement ni aussi vite la lumière du conduit intestinal, mais l'encéphaloïde donne lieu à d'abondantes hémorrhagies et se généralise peut-être plus rapidement que le squirrhe; non-seulement il envahit souvent la prostate, la vessie ou l'utérus, mais il peut aussi développer dans le foie ou les autres viscères des tumeurs de même nature, et la cachexie cancéreuse atteint ainsi son plus haut degré.

Parfois quelques-unes des masses néoplasiques sont éliminées spontanément et il semble qu'on puisse espérer voir par ce mécanisme la guérison s'effectuer; il n'en est rien cependant, et de nouvelles tumeurs ne tardent pas à se développer au point même qu'occupaient celles qui sont tombées.

Enfin, les malades ne succombent pas toujours à l'épuisement et au progrès de la cachexie; les rétrécissements, qu'ils soient fibreux ou cancéreux, peuvent amener une obstruction intestinale complète; les malades sont alors enlevés par une péritonite foudroyante causée par une perforation intestinale, ou succombent avec tous les symptômes d'un étranglement interne. Il ne sort plus par l'anus que du pus ou des mucosités entraînant quelques parcelles de matières stercorales, et celles-ci forment dans la fosse iliaque gauche une tumeur dont je vous ai indiqué les caractères. Le ventre se ballonne, devient dur, les anses intestinales distendues par les gaz se dessinent sous les parois abdominales et donnent une sonorité tympanique

à la percussion. Les malades ont de temps en temps de vives coliques auxquelles succèdent quelques heures de tranquillité et de calme, ils sont tourmentés par des éructations continuelles, des hoquets et des vomissements dits fécaloïdes à cause de leur odeur stercorale, puis la dyspnée produite par le refoulement en haut du diaphragme devient de plus en plus intense, la face se cyanose, les extrémités se refroidissent et le malade succombe.

La mort est donc la terminaison fatale des rétrécissements du rectum si l'on n'intervient pas activement. Au début de la constipation, on rend les garderobes plus faciles en administrant aux malades des purgatifs doux ou des lavements, et en leur conseillant une nourriture rafraîchissante ; on calme les douleurs, lorsqu'ils en ont, à l'aide des opiacés appliqués localement, mais ce sont là des moyens exclusivement palliatifs, impuissants à arrêter les progrès du mal.

On combat avec succès les rétrécissements fibreux à l'aide de la dilatation lente faite, soit avec des sondes de différents calibres, soit avec des dilatateurs élastiques. Robert cautérisait les rétrécissements et, l'eschare tombée, se servait de suppositoires en gutta-percha. Il est préférable de combiner l'incision avec la dilatation et M. Gosselin a obtenu des guérisons nombreuses par cette pratique universellement adoptée aujourd'hui. L'incision doit être faite en plusieurs points avec le bistouri boutonné ou un scarificateur analogue à celui d'Amussat; la section doit avoir 3 ou 4 millimètres de profondeur seulement, ce qui n'expose pas à dépasser les limites du rectum, et 8 ou 10 millimètres de longueur, puis on introduit dans le rectum soit des canules métalliques, soit, ce qui vaut mieux, de grosses mèches, et on combat la suppuration

à l'aide de lavements astringents. Il faut continuer la dilatation très-longtemps et l'on peut espérer à force de soins et de persévérance conserver à l'extrémité inférieure du rectum un calibre suffisant pour permettre le libre passage des matières fécales.

Si le traitement des rétrécissements fibreux est difficile, mais peut réussir, celui du cancer du rectum est bien loin d'offrir les mêmes chances de succès. Faut-il donc renoncer à l'entreprendre, et doit-on laisser les accidents se précipiter sans faire le moindre effort pour arrêter leur marche? Je ne le pense pas, Messieurs, et je considère comme un devoir pour nous de chercher à prolonger les jours des malades, dussions-nous leur faire courir les risques qu'entraîne une opération dont la gravité est extrême.

On a eu recours, contre les rétrécissements cancéreux du rectum, à bien des moyens palliatifs; je ne reviens pas sur la nécessité des laxatifs, des lavements, etc., les malades eux-mêmes en comprennent les avantages et ils forment la base de tout traitement quel qu'il soit. On a employé tantôt la dilatation, tantôt l'incision et la cautérisation, mais, il faut bien le dire, sans succès. Desault dilatait le rétrécissement avec des mèches; Bérard était aussi très-partisan de la dilatation qui soulagea Broussais, mais ne le guérit pas plus que les cautérisations qui lui furent faites par Amussat. Il est évident que si des moyens mécaniques peuvent agir efficacement contre les rétrécissements fibreux, on ne saurait fonder aucun espoir sur leur emploi dans le cas où le rectum est envahi par le cancer.

Je n'insisterai pas davantage sur l'incision dont on ne comprend l'utilité que dans les cas où il y a urgence à ouvrir une voie aux matières fécales. M. Verneuil a l'habi-

tude, lorsqu'il survient des accidents de rétention, de diviser sur la ligne médiane, à l'aide de l'écraseur linéaire, la partie postérieure du rétrécissement et de l'orifice anal; cette opération soulage beaucoup les malades et doit rester dans la pratique, mais elle n'est que palliative. Quant à l'écrasement, à l'arrachement ou à la ligature, on peut y avoir recours pour enlever quelques tumeurs saillantes obstruant l'intestin ou faisant hernie hors de l'anus, mais ce ne sont pas là des moyens curatifs.

Récamier a proposé d'enlever les cancers à l'aide de ligatures multiples, par un procédé assez analogue à celui qu'on emploie pour les tumeurs érectiles sessiles qu'on veut pédiculiser, mais cette méthode ne compte guère de partisans, car son application est difficile et elle est certainement inférieure à celle qui consiste à faire, avec le bistouri, le galvano-cautère ou l'écraseur linéaire, l'extirpation de la portion malade de l'intestin.

L'extirpation du rectum cancéreux est la seule opération qu'on puisse considérer comme vraiment curative, en supposant qu'on enlève le mal en totalité. Fagot, en 1739, avait extirpé avec succès un pouce et demi de la partie inférieure du rectum dénudé par des abcès des fosses ischio-rectales; en 1826, Lisfranc eut l'idée d'appliquer la même opération au cancer, et créa ainsi une méthode dont il se fit l'ardent propagateur. Pour établir la possibilité de l'opération qu'il préconisait, il chercha à fixer la distance qui sépare le cul-de-sac péritonéal de l'anus et soutint qu'elle était de quatre pouces ou 11 centimètres environ chez l'homme, et de six pouces ou 16 centimètres chez la femme. On a prétendu que ces chiffres étaient exagérés pour le besoin de la cause; j'espère, pour l'honneur de Lisfranc, qu'il n'en était rien; en tous cas, il

est curieux de constater que les anatomistes les plus compétents sont arrivés dans leurs mensurations à des résultats très-différents. Chez l'homme, la distance du cul-de-sac péritonéal à l'anus est, pour Malgaigne, de quatre pouces; c'est, vous le voyez, le chiffre donné par Lisfranc; pour Velpeau et pour Blandin, elle est de deux à trois pouces; pour M. Legendre, de 6, 7 à 8 centimètres; pour M. Richet, de 10 à 11 centimètres.

Chez la femme, la distance serait la même que chez l'homme, pour M. Legendre et M. Richet, tandis que pour Lisfranc elle serait de 16 centimètres, et pour Blandin, de un pouce et demi seulement.

Chez les enfants, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le péritoine descend plus bas que chez l'adulte.

De ces mensurations il nous semble résulter qu'on peut tenter l'extirpation de 8 ou 10 centimètres du rectum, mais qu'il serait imprudent d'aller au delà et de prendre pour base anatomique de son opération les 16 centimètres qu'admet Lisfranc chez la femme. Il ne faut du reste pratiquer l'extirpation que lorsqu'on croit pouvoir dépasser les limites supérieures du mal, et quand l'intestin est mobile et se laisse abaisser. Cette règle a été posée par Lisfranc et il est de la plus haute importance de ne pas y déroger, car vous comprenez tous, Messieurs, qu'on ne peut songer à enlever un cancer qui aurait envahi une portion de l'intestin entourée par le péritoine ou des organes comme la prostate ou l'utérus.

Chez notre malade, je crois que l'opération est indiquée. Son rétrécissement est tel que, si nous temporisons, il ne nous restera plus d'autre ressource que de pratiquer un anus artificiel, car le cancer s'infiltrera de plus en plus dans

les tuniques intestinales, et nous ne pourrions plus bientôt l'enlever en totalité sans ouvrir le péritoine.

Je vais pratiquer devant vous l'opération telle que l'a décrite Lisfranc, c'est-à-dire que je circonscrirai l'orifice anal par deux incisions semi-lunaires comprenant la peau et se réunissant en avant et en arrière du rectum; puis j'attirerai celui-ci en bas à l'aide de l'érigne à pointes divergentes de M. Chassaignac, et je le disséquerai jusqu'à une hauteur de 7 à 8 centimètres environ. J'espère arriver ainsi à la limite supérieure du cancer, et si je suis trop gêné dans ma dissection, je ferai jusqu'au coccyx une incision conseillée par Denonvilliers et qui me donnera du jour.

Souvent la dissection du rectum au bistouri donne lieu à une hémorrhagie abondante qui gêne l'opérateur et peut affaiblir considérablement le malade; j'emploie volontiers, pour éviter cette complication, le galvano-cautère avec lequel je divise les parties molles et j'isole l'extrémité inférieure du rectum jusqu'au point où je veux faire porter ma section, puis je traverse l'intestin d'avant en arrière au-dessus du rétrécissement avec un trocart courbe dont la pointe entraîne un fil double très-résistant qui se trouve ainsi substitué à la canule; cela fait, j'attache chacun des fils à une chaîne d'écraseur et je mortifie avec l'instrument de M. Chassaignac les deux segments de l'intestin. Les deux écraseurs fonctionnent en même temps, et cette double section est, je crois, préférable, au point de vue des rétrécissements consécutifs, à une section unique portant circulairement sur le rectum.

La combinaison du galvano-cautère et de l'écraseur, que recommande beaucoup M. Verneuil, m'a toujours donné d'excellents résultats; toutefois je ne recule pas devant l'extirpation du rectum au bistouri que j'ai faite plusieurs fois

avec succès et qui a l'avantage d'être plus rapide. Si la plaie saignait beaucoup, j'ai là des cautères qui me permettraient d'arrêter l'hémorrhagie, et, si cela me paraissait nécessaire, je terminerais la section de l'intestin à l'aide de l'écraseur.

Je ne me dissimule pas les dangers que fera courir au malade une semblable opération. Peut-être le cancer s'étend-il plus haut que je ne le pense; peut-être aurai-je à combattre une hémorrhagie redoutable, ou l'opéré succombera-t-il dans quelques jours à une suppuration du tissu cellulaire du bassin, à une péritonite ou à une infection purulente; tout cela est possible, néanmoins je crois être autorisé à ne pas rester inactif, et l'extirpation du rectum est le seul mode de traitement curatif que nous ayons dans le cas présent à notre disposition.

J'ai prononcé tout à l'heure, Messieurs, le mot d'*anus artificiel*, je vous dois donc à ce sujet quelques explications. Si le rétrécissement cancéreux dont notre malade est atteint remontait trop haut pour que nous puissions espérer l'enlever en totalité sans ouvrir le péritoine, et s'il était assez prononcé pour produire des accidents sérieux d'obstruction intestinale, il nous faudrait de toute nécessité établir un anus artificiel. Cette opération consiste à ouvrir une anse intestinale et à la fixer aux lèvres de la plaie faite à la paroi abdominale, de façon à créer ainsi une voie permanente par laquelle s'écouleront les matières fécales au-dessus de l'obstacle qui s'oppose à leur issue par l'anus naturel.

L'orifice qui constitue un véritable anus, mais un anus artificiel, peut répondre à un point plus un moins élevé du tube intestinal. C'est ainsi que dans les étranglements d'une anse de l'iléon, c'est l'intestin grêle qu'on doit ouvrir au-dessus du siége de l'obstruction, tandis que dans

les rétrécissements du rectum ou de la fin de l'S iliaque, l'anus peut être créé aux dépens du cœcum ou mieux du côlon descendant. Règle générale, il faut établir l'anus artificiel le plus bas possible, afin de permettre au bol fécal de passer au contact d'une surface plus étendue de la muqueuse intestinale, et de le mieux laisser se dépouiller des principes qui sont susceptibles d'être absorbés.

Où et comment établirions-nous un anus artificiel chez notre malade, s'il ne nous était pas permis de tenter l'extirpation du rectum ?

L'idée de créer un anus artificiel appartient à Littre, qui la conçut en 1710, après avoir vu sur le cadavre d'un enfant mort à six jours, « le rectum divisé en deux parties, qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets longs d'environ un pouce. Ces deux parties séparées s'étaient fermées chacune de son côté par le bout où s'était faite la séparation, de sorte que les deux clôtures se regardaient. » Littre proposa de faire, dans des cas semblables, l'opération suivante qu'il n'a jamais exécutée : « Il faudrait, dit-il, faire une incision au ventre, et recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes, ou du moins faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie du ventre que l'on ne refermerait jamais et qui ferait fonction d'anus. » L'opération de Littre fut d'abord combattue, puis en 1793, Antoine Dubois la pratiqua, mais l'enfant succomba au bout de dix jours. Ce fut Duret, de Brest, qui en 1793 obtint le premier succès en ouvrant le côlon descendant. En 1770, Pillore, de Rouen, avait, chez un adulte, établi un anus artificiel sur le cœcum.

Ce court historique, Messieurs, me paraît suffisant, et vous pouvez voir que le propre de la méthode de Littre est d'ouvrir le gros intestin, soit dans sa première, soit dans

son avant-dernière portion, en pénétrant jusqu'à lui par la paroi abdominale antérieure à travers la cavité péritonéale. Depuis les premiers essais de Pillore et de Duret, on obtint bien des succès, et le procédé de Littre est aujourd'hui passé dans la pratique. Pour établir l'anus artificiel, on fait une incision transversale un peu au-dessus du ligament de Fallope en dehors de l'artère épigastrique, on divise les parties molles jusqu'au péritoine, et après avoir incisé le feuillet pariétal de la séreuse, on fixe aux lèvres de la plaie des parois abdominales par des points de suture, soit le cœcum, soit l'S iliaque; on ouvre ensuite l'intestin, et l'orifice qui doit rester permanent se trouve constitué.

Amussat s'appropria, par le talent avec lequel il la développa et la vulgarisa, une seconde méthode conçue vaguement par Callisen et à laquelle ce dernier a donné son nom. Son principe est d'arriver jusqu'à la partie postérieure du côlon descendant ou de l'S iliaque par la région lombaire gauche sans ouvrir le péritoine. Elle est justifiée par ce fait anatomique, qui malheureusement est loin d'être constant, que le gros intestin n'a pas en ce point de méso-côlon et qu'il est possible de l'ouvrir sans intéresser la grande cavité séreuse. Je ne veux pas rechercher ici, s'il est vrai, comme l'a soutenu Huguier, que chez le nouveau-né l'S iliaque soit située dans la fosse iliaque droite, ou si la disposition anatomique que je viens de vous signaler est trop exceptionnelle pour qu'on soit en droit de fonder sur elle un procédé, et voici en deux mots comment se pratique l'opération d'Amussat.

On fait à gauche une incision transversale au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des iles, incision qui commence au bord externe de la masse musculaire commune pour s'étendre jusqu'à la ligne

latérale du corps et qui a par conséquent une longueur de 5 à 6 centimètres. Après avoir sectionné les muscles de la région, on arrive sur le tissu graisseux qui entoure le rein, et l'on cherche l'intestin qu'on a souvent une certaine peine à reconnaître à cause de la profondeur à laquelle on opère; on le fixe alors aux lèvres de la plaie et on l'incise.

Mon intention n'est pas, Messieurs, de vous décrire avec détails la manière dont on doit établir un anus artificiel, ni d'insister sur les difficultés inhérentes à l'opération. Le procédé d'Amussat est d'une exécution plus difficile que celui de Littre et ne paraît pas lui être supérieur, au point de vue des accidents consécutifs, tels que le prolapsus de la paroi postérieure de l'intestin et le rétrécissement de l'orifice; les statistiques ne lui sont pas particulièrement favorables, je donnerais donc la préférence, avec la plupart des auteurs anciens et modernes, à la méthode de Littre.

Si, chez notre malade, le cancer paraissait s'infiltrer très-haut, entre les tuniques de l'intestin, la crainte d'ouvrir l'S iliaque en un point malade me déciderait à choisir le cœcum pour établir un anus artificiel.

Messieurs,

Il y a environ un mois que vous m'avez vu pratiquer l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum chez un malade qui était couché au n° 30; ces jours derniers notre opéré a succombé, et je veux compléter son observation en vous rapportant quels sont les accidents qui ont entraîné la mort et les détails de l'autopsie.

Un mot d'abord sur l'opération elle-même. Vous vous

rappelez que nous pouvions espérer qu'il était possible d'enlever, sans ouvrir le péritoine, la totalité du cancer. L'opération a été exécutée à l'aide du bistouri seul; après avoir circonscrit par deux incisions semi-circulaires l'extrémité inférieure de l'intestin, j'ai poursuivi la dissection jusqu'au-dessus de l'anneau dans lequel mon doigt était engagé; il n'a coulé que peu de sang, et trouvant l'intestin souple là où j'avais l'intention de le sectionner, j'ai retranché avec le bistouri 8 ou 9 centimètres du rectum. J'aurais pu pratiquer cette section à l'aide de l'écraseur, mais j'ai préféré continuer à me servir de l'instrument tranchant en me tenant prêt à cautériser la plaie avec le fer rouge s'il survenait une hémorrhagie; il n'en a rien été, et un écoulement sanguin très-modéré a été arrêté par un tamponnement fait avec des bourdonnets de charpie maintenus par un bandage en T.

Les huit premiers jours qui ont suivi l'opération, le malade a eu des selles abondantes, et le gros intestin s'est vidé entièrement de son contenu. Il n'est pas survenu de rétention d'urine, léger accident qui succède souvent, je vous l'ai dit, à toutes les opérations pratiquées sur le rectum, et le malade n'a accusé aucune douleur abdominale. Le ventre, assez tendu dans les derniers temps, s'est affaissé et de légers purgatifs ont été donnés tous les deux ou trois jours pour faciliter l'issue des matières fécales. En un mot, l'état du malade a commencé par être des plus satisfaisants, et nous n'avons pas eu à redouter un seul jour le développement d'une péritonite.

La plaie, dans laquelle on faisait des injections fréquentes avec de l'eau phéniquée pour la débarrasser des matières demi-solides qui la souillaient, marcha assez rapidement vers la cicatrisation. Il existait au périnée un entonnoir

profond par lequel s'échappaient sans cesse des matières fécales, vu l'absence de tout sphincter capable de les retenir, et à son sommet le doigt sentait un orifice dans lequel il ne pouvait être engagé à cause des vives douleurs que les moindres attouchements provoquaient.

Tout paraissait donc aller pour le mieux, lorsque le malade, qui depuis l'opération avait retrouvé de la gaîté et de l'appétit, ressentit vers le quinzième jour un peu de fatigue après les repas, et de légères douleurs abdominales. En même temps il remarqua que son ventre se développait et reprenait peu à peu le volume qu'il avait atteint lorsque nous l'avions examiné pour la première fois. Puis survinrent de véritables coliques, des hoquets et des renvois fréquents, et le ventre se ballonna de plus en plus. Les anses intestinales se dessinèrent nettement à travers les parois abdominales, et il s'établit une tympanite contre laquelle toute médication fut impuissante jusqu'à la fin. Convaincus que ces accidents étaient sous la dépendance d'un rétrécissement de l'orifice rectal, nous introduisîmes dans l'intestin une sonde œsophagienne et il nous fut facile de reconnaître qu'en effet le nouvel anus était des plus étroits; à peine la sonde pouvait-elle pénétrer dans l'orifice qui se trouvait situé très-haut. Des lavements et même des injections forcées, faites dans l'intestin, procuraient au malade quelque soulagement en provoquant des débâcles de matières liquides et de gaz; malheureusement il nous fut impossible de lutter longtemps contre la coarctation du rectum, et bientôt les phénomènes d'obstruction s'accentuèrent encore davantage.

Pendant huit jours, nous avons assisté à la lente agonie du malade; il souffrait cruellement de coliques que rien ne pouvait calmer et de hoquets continuels; son

ventre était énormément ballonné, dur et sonore comme un tambour; il ne rendait plus, après des injections répétées, qu'une petite quantité de matières diarrhéiques fétides; il souffrait d'une dyspnée intense et enfin il a succombé après avoir eu pendant trois ou quatre jours des vomissements fécaloïdes.

Quelles sont les lésions que nous avons constatées à l'autopsie? Le gros intestin contenait en abondance des matières fécales et, au niveau du point sectionné, le rectum était rétréci circulairement au point qu'une sonde œsophagienne ne pouvait plus être introduite dans sa cavité. Ce rétrécissement, qu'on aurait pu croire pendant la vie formé par du tissu cicatriciel, était franchement cancéreux, et le tube intestinal se trouvait englobé dans une masse squirrheuse. Le cancer s'étendait jusqu'au point de réflexion du péritoine, et même on distinguait des granulations et de petites plaques néoplasiques, jusqu'à un centimètre au-dessus du cul-de-sac recto-vésical.

N'avions-nous donc pas enlevé la totalité du rétrécissement cancéreux? Je suis certain d'avoir extirpé le rétrécissement et d'avoir senti une muqueuse souple et saine en apparence au-dessus du point où j'ai fait porter la section, malheureusement il me paraît également prouvé que je n'ai pas enlevé la totalité du cancer. Vous savez combien il est fréquent de voir le néoplasme s'infiltrer entre les tuniques de l'intestin, et je vous ai signalé ces granulations et ces plaques cancéreuses, qui sont en quelque sorte en avant-garde au-dessus du rétrécissement. Ici cette disposition a été méconnue, et nous n'avons pu, avant et pendant l'opération, apprécier par le toucher le véritable état d'altération de l'intestin. L'état de la muqueuse, dont la con-

sistance était normale, a été la cause principale de notre erreur d'appréciation.

Que cette observation, Messieurs, vous apprenne à vous montrer réservés dans votre pronostic après l'extirpation d'un rétrécissement cancéreux, car elle vous prouve combien il est difficile de préciser la limite du mal et d'affirmer que vous l'avez enlevé en totalité.

CINQUIÈME LEÇON

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DES BOURSES

Marche à suivre dans l'examen d'une tumeur des bourses. — Tumeurs liquides. — Diagnostic de l'hydrocèle de la tunique vaginale. — Hydrocèle enkystée du testicule et hydrocèles du cordon. — Hydrocèles des sacs herniaires. — Hématocèles.

Messieurs,

Sous le nom de tumeurs des bourses on comprend toutes les affections qui s'accompagnent d'une augmentation de volume de la région scrotale, qu'il s'agisse d'une tumeur liquide des enveloppes du testicule ou d'une tuméfaction inflammatoire ou néoplasique de la glande elle-même.

Cette dénomination, tumeur des bourses, quoiqu'elle soit vague et ne spécifie pas le siége exact de la maladie, a l'avantage de bien indiquer les difficultés cliniques en présence desquelles nous nous trouvons si souvent, dans notre hésitation non-seulement à localiser la tuméfaction dans le testicule, dans l'épididyme ou dans la tunique vaginale, mais encore à déterminer si la tumeur est liquide ou solide. Certaines tumeurs des bourses sont nées sur place, en quelque sorte, aux dépens des organes contenus normalement dans la région. Dans d'autres cas, au contraire, des anses intestinales, une portion d'épiploon, peuvent s'échap-

per de la cavité abdominale pour pénétrer dans le scrotum, et les hernies, ainsi que les épanchements dans les sacs herniaires déshabités, constituent également de véritables tumeurs des bourses. Celles-ci sont parfois complexes, c'est-à-dire qu'il peut y avoir coïncidence d'une hydrocèle de la tunique vaginale et d'une hernie par exemple, ou d'une épididymite et d'une collection liquide dans la séreuse qui enveloppe le testicule, etc.

Je n'ai pas besoin d'insister, Messieurs, sur la difficulté des problèmes que nous avons parfois à résoudre, et sur la nécessité qu'il y a pour nous de posséder tous les éléments du diagnostic des tumeurs des bourses, à quelque variété qu'elles appartiennent.

Je voudrais essayer aujourd'hui, en vous parlant d'un malade qui a manifestement dans la région scrotale une tumeur liquide, de vous faire comprendre la marche que vous devez suivre dans vos investigations.

Lorsqu'un malade s'offre à votre examen avec une tumeur de la région scrotale ou inguino-scrotale, vous devez toujours avoir présents à l'esprit certains détails anatomiques qu'il est inutile de vous rappeler longuement. Si vous supposez la tunique vaginale bien fermée et ne communiquant pas avec la séreuse péritonéale, si l'anneau inguinal externe n'a pas laissé passer une anse intestinale ou une frange épiploïque, si enfin il n'y a pas à la racine des bourses en avant ou en arrière de la portion extra-inguinale du cordon, un sac herniaire déshabité, la tumeur ne pourra avoir pour siége que le tissu cellulaire lâche du scrotum, la cavité vaginale, le testicule ou bien enfin le cordon spermatique dans sa première portion.

Votre premier soin sera de vous informer de certains *commémoratifs*. La tumeur est-elle *spontanée* ou d'origine

traumatique? Dans ce dernier cas, si la réalité d'un traumatisme est parfaitement établie, vous ne devez guère songer qu'à une orchite, à une funiculite ou à une funite plus ou moins aiguë, ou enfin à une hématocèle. S'il s'agit d'une hématocèle, l'épanchement sanguin pourra occuper isolément ou simultanément le tissu cellulaire sous-dartoïque, la cavité vaginale, le tissu cellulaire du cordon, enfin le testicule lui-même. Je ne parle pas des cas où les malades ont une hernie inguinale ou inguino-scrotale, car il peut survenir alors des complications d'un ordre particulier, telles qu'un épanchement sanguin dans le sac herniaire habité ou déshabité, communiquant avec la cavité péritonéale, ou oblitéré à son collet.

S'il vous est bien prouvé que la tumeur est spontanée, si vous ne trouvez dans les commémoratifs que quelques chocs insignifiants, comme en relatent toujours les malades trop disposés à attribuer à un coup les tumeurs qui, à juste titre, préoccupent leur imagination, vous cherchez alors à obtenir des renseignements propres à vous éclairer sur le mode de début de la maladie, puis vous procédez à l'examen de la tumeur.

Il est bon, dans certains cas, de s'informer auprès du malade si quelque opération n'a pas été pratiquée, si l'on n'a pas fait dans la tumeur une ponction. La réponse est-elle positive? sachez à quelle époque a été faite cette ponction, et quel était l'aspect du liquide, s'il s'en est écoulé par la canule; était-il transparent, louche ou brunâtre? S'est-il reproduit en peu de jours ou lentement? La tumeur a-t-elle la même forme, le même volume, la même consistance qu'avant l'opération?

Si vous obtenez à ces questions des réponses claires et précises, vous restreindrez singulièrement le champ de vos

hypothèses, puisqu'il vous sera quelquefois permis d'écarter l'idée d'une tumeur solide.

Après ce court interrogatoire que vous terminerez en demandant au malade s'il n'a pas ou n'a pas eu anciennement de hernie, vous examinerez soigneusement la tumeur.

Ce que vous devez noter tout d'abord, c'est l'*état des téguments.* Existe-t-il une *ecchymose* de date récente, ou pâle, à peine visible et par conséquent ancienne? vous songez immédiatement à une des affections que je vous ai signalées comme pouvant succéder à un traumatisme.

La *rougeur* de la peau, jointe à un certain degré d'*œdème dur*, vous indique, soit une affection primitivement inflammatoire, comme l'orchite ou l'épididymite compliquées fréquemment de vaginalite soit une phlegmasie entée sur un néoplasme ou sur des tubercules du testicule. De toutes les tumeurs du testicule, celle qui simule le mieux l'orchite aiguë, ou plutôt subaiguë, est sans contredit l'affection tuberculeuse, car un travail inflammatoire précède et produit l'ulcération des téguments.

Les *ulcérations* par lesquelles font hernie des végétations d'aspects divers, ou qui forment les orifices de trajets fistuleux sillonnant le parenchyme glandulaire, ont, Messieurs, une signification que vous devez connaître, mais que je ne veux ici qu'indiquer. Une ulcération succède parfois au ramollissement d'une gomme sous-cutanée, mais plus souvent à l'ouverture spontanée d'un abcès, soit tuberculeux, soit franchement inflammatoire, et constituant une complication de l'orchite suraiguë. S'il s'agit d'un abcès tuberculeux, il s'échappe par l'orifice du pus mal lié et des produits caséeux dont l'aspect est caractéristique; dans le second cas, on voit souvent se produire une variété

de *fongus* du testicule, caractérisée par l'issue ou au moins par la hernie des tubes séminifères. Enfin, ce sont parfois des bourgeons cancéreux qui, après avoir ulcéré la peau, apparaissent d'abord au centre de l'ulcération, pour en masquer bientôt les bords en s'étalant à l'extérieur en forme de champignon.

Ces complications du côté de la peau ne surviennent qu'assez tardivement, excepté dans le cas d'orchite. Le fongus cancéreux, et en général toutes ces variétés de fongus, décrites d'une manière si vague et si incomplète par les auteurs, sont rares; les fistules cutanées qui succèdent à la fonte caséeuse de masses tuberculeuses, sont au contraire très-fréquemment observées. Pour moi, je crois que si nous ne rencontrons que rarement des sarcocèles ulcérés, c'est que les malades atteints de tumeur maligne subissent d'ordinaire la castration d'assez bonne heure.

Avec la rougeur inflammatoire de la peau coïncide souvent, je vous l'ai dit, un certain degré d'œdème, mais il y a des cas où cet *œdème* est *blanc*, suivant une expression consacrée, et c'est surtout alors qu'il peut atteindre des proportions considérables. La peau est froide, lisse, tendue, les plis du scrotum et la saillie du raphé sont effacés; la tumeur est unique et égale, c'est-à-dire aussi volumineuse d'un côté que de l'autre, et ce caractère indique nettement que le liquide est épanché dans l'enveloppe celluleuse commune aux deux testicules; sa consistance est élastique, et plus l'œdème se prononce, plus cette élasticité augmente; elle n'est pas telle cependant qu'on ne puisse, par une pression exercée avec le doigt, produire cette petite cupule caractéristique de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire; presque toujours la verge est œdématiée et le prépuce peut revêtir une forme en tire-bouchon toute spéciale. Sur les

limites du scrotum on sent, au niveau des anneaux, que les cordons spermatiques sont parfaitement sains. Lorsque l'œdème est modéré, la tumeur moins volumineuse est molle et présente encore quelques rides ; elle se moule sur les cuisses du malade, quand celui-ci est dans le décubitus dorsal et tient ses membres rapprochés ; lorsqu'on la soulève, elle est tremblottante comme de la gelée, elle garde l'empreinte du doigt et se laisse façonner en quelque sorte par la main qui cherche à sentir à son centre les deux testicules qu'elle peut souvent faire rouler l'un sur l'autre et dont elle apprécie facilement la forme, la consistance et le volume. Lorsque ces glandes sont saines, l'œdème du scrotum est presque toujours sous la dépendance d'une affection médicale, et s'accompagne pour ainsi dire constamment d'ascite ou d'infiltration des membres inférieurs. Si je vous en ai dit ici quelques mots, c'est qu'on l'a décrit sous le nom d'*hydrocèle par infiltration du scrotum*, et qu'en réalité cet œdème constitue une variété de tumeur des bourses, pour laquelle les malades consultent presque aussi souvent le chirurgien que le médecin.

L'œdème des bourses accompagne aussi, Messieurs, l'*érysipèle du scrotum*, que vous reconnaîtrez à la rougeur des téguments, à l'adénite bi-inguinale concomitante et aux symptômes généraux ; à cet érysipèle succède trop souvent le phlegmon gangréneux. Enfin, ce n'est pas toujours de la sérosité qui distend les mailles celluleuses de la région, vous devez songer quelquefois à la possibilité d'une *infiltration d'urine*, et votre diagnostic s'appuiera sur les antécédents des malades, sur la rétention d'urine concomitante, sur l'existence d'un rétrécissement uréthral, etc. Dans ce cas, la peau, rouge et tendue, se marbrera promptement de taches livides, et, si vous n'intervenez pas à temps,

un sphacèle parfois total des enveloppes des testicules mettra promptement ces glandes à nu.

Si je nomme ici l'*éléphantiasis du scrotum*, que vous reconnaîtrez aux inégalités et aux indurations de la peau et à la consistance de la tumeur, j'aurai énuméré les principales tumeurs développées aux dépens des parties molles qui entourent les deux testicules.

Est-il possible de les confondre avec des collections liquides de la cavité vaginale, ou avec des tumeurs du testicule? Évidemment non. Dans la plupart des cas, pour commettre une semblable erreur, il faudrait que vous apportiez dans votre examen une légèreté impardonnable, et, rappelez-vous que dans ces tumeurs du scrotum vous ne sentez jamais un des testicules plus distinctement que l'autre. Si la tumeur est flasque, vous pouvez palper aisément les deux glandes; dans le cas contraire, elles se dérobent l'une et l'autre à votre exploration. Il n'en est pas de même dans les maladies de la tunique vaginale, où presque toujours, à moins que l'épanchement ne soit double, vous pouvez faire rouler sur un des côtés de la tumeur un des testicules, celui dont la séreuse est saine. A lui seul ce caractère suffit pour vous permettre de rejeter immédiatement l'idée d'une tumeur de l'enveloppe commune.

Ce petit travail intellectuel qui vous permet d'éliminer successivement certaines variétés de tumeurs, en présence de quelques signes bien déterminés ou d'une étiologie nettement établie, s'accomplit avec la plus grande rapidité moyennant un peu d'habitude. Lorsque vous êtes instruits des commémoratifs et quand vous êtes sûrs de ne pas être en présence d'une tumeur des enveloppes communes aux deux testicules, vous songez à localiser la maladie dans la tunique vaginale ou dans la glande elle-même, après avoir

eu soin de bien examiner s'il ne s'agit pas d'une tumeur du cordon, d'une hernie ou d'un épanchement dans un sac herniaire; je reviendrai tout à l'heure sur ce dernier diagnostic, parfois difficile.

Je vous ai dit qu'il fallait vous informer de la date du *début de la tumeur;* vous saurez si son accroissement a été lent ou rapide, s'il a été progressif ou s'il s'est fait par poussées, si la tumeur s'est développée de haut en bas, ou de bas en haut. Je me suis souvent bien trouvé, lorsque les malades étaient intelligents, de leur faire indiquer sur le testicule sain le point au niveau duquel la tumeur avait débuté sur le testicule malade. On vous signalera parfois, soit la face externe de l'organe, soit la tête de l'épididyme, et si l'on ajoute que la tumeur faisait corps au début avec la glande, n'en était pas isolable et présentait une dureté très-nettement appréciable, vous pourrez conclure de ces renseignements que vous avez affaire à une tumeur solide du testicule, quand bien même cette tumeur serait, au moment où vous l'examinerez, le siége d'une fluctuation trompeuse.

Je vous conseille en outre de ne pas négliger de demander au malade quelles sont les modifications survenues dans la consistance et dans la forme de la tumeur. L'étude des commémoratifs ainsi complétée, vous procéderez à l'examen de la tumeur de la manière suivante :

Vous noterez son *volume* et ses *limites.* Les dimensions des tumeurs des bourses sont en effet éminemment variables; les tumeurs liquides, les hydrocèles et les hématocèles sont de beaucoup les plus volumineuses en général, certains sarcocèles seuls peuvent atteindre des proportions semblables, sans que je veuille dire pour cela que ces trois variétés de tumeurs soient toujours de grande dimension. Les orchites aiguës et chroniques, ainsi que les testi-

cules tuberculeux, peuvent être rangées parmi les petites tumeurs. Les testicules syphilitiques, souvent petits, peuvent acquérir un assez gros volume; quant au sarcocèle proprement dit, il est en général de taille moyenne, mais cette règle souffre de nombreuses exceptions.

La tumeur, quelle qu'elle soit, s'élève plus ou moins haut vers l'anneau inguinal externe; tantôt elle l'atteint et semble même se prolonger dans le trajet qui lui fait suite, tantôt elle se termine nettement à une distance variable de l'orifice qui donne passage au cordon dont on sent plus ou moins nettement, suivant les cas, les éléments. Cette étendue de la tumeur est en rapport avec sa *forme* qui peut être celle du testicule, au-dessus duquel il est parfois possible de distinguer encore l'épididyme et toujours alors le cordon, ou celle d'un ovoïde dont l'extrémité supérieure est un peu effilée. La tumeur est souvent bilobée et offre l'aspect d'une calebasse, ou présente des bosselures plus ou moins saillantes et volumineuses. Tous ces détails ont leur importance, car plus une tumeur a la forme du testicule, plus on a lieu de croire qu'elle appartient à la glande elle-même et non pas à la tunique vaginale.

La *consistance* doit être étudiée avec d'autant plus de soin qu'aucun signe n'est aussi trompeur et aussi difficile quelquefois à interpréter. Une tumeur peut être dure, élastique ou fluctuante, sans que vous puissiez positivement conclure des sensations que vous avez perçues, qu'elle est solide ou liquide. C'est là une proposition absolument vraie, et je m'étonne qu'on attache encore une valeur aussi grande à ce qu'on appelle la fluctuation, au point de vue du diagnostic des tumeurs des bourses. Il n'est aucun de vous, j'en suis certain, qui n'ait pu apprécier bien des fois combien une hernie intestinale, et même

parfois une hernie épiploïque, est fluctuante; combien certains sarcocèles sont élastiques et rénitents, qu'ils soient naturellement mous comme les cancers encéphaloïdes, ou accidentellement ramollis en certains points, ou enfin qu'ils contiennent des kystes comme ces tumeurs décrites par A. Cooper sous le nom de *maladie kystique du testicule*. Ainsi, quoique la fluctuation doive vous faire songer à une tumeur liquide, n'oubliez pas que ce signe peut vous tromper : car, de même que les sarcocèles sont parfois fluctuants, il y a bien des hydrocèles qui présentent la consistance des tumeurs les plus solides, par le fait de l'épaisseur de leur paroi ou de la distension excessive de la poche par le liquide.

Il est essentiel, Messieurs, de *chercher le testicule*. Vous pouvez, pour le trouver avec plus de facilité, partir du cordon, lorsqu'il est libre et reconnaissable, pour descendre, guidés par lui, jusqu'à la glande; souvent on sent le testicule ou la tumeur suspendus au cordon, et dans ce dernier cas, il est bien certain que celle-ci a pour origine le testicule; si l'épididyme est intact, on le trouve accolé à la partie postérieure de la tumeur, sous forme d'une masse allongée. Si le testicule a conservé sa forme ordinaire ou n'est en apparence que peu altéré, et si d'autre part la tumeur est nettement fluctuante, c'est à une des tumeurs liquides extra-testiculaires, dont je vous décrirai tout à l'heure les principales variétés, que l'on doit songer; enfin il est très-fréquent, après avoir senti distinctement les éléments du cordon au-dessous de l'anneau, de les perdre en quelque sorte et de ne pas pouvoir les suivre jusqu à la tumeur. Le testicule ne peut plus alors être distingué, et l'on peut hésiter entre un sarcocèle et une tumeur liquide siégeant dans la cavité vaginale, la fluctua-

tion, comme je vous l'ai indiqué, ne constituant pas un signe d'une valeur absolue.

Dans les cas douteux, cherchez à la partie postérieure de la tumeur, en haut, en bas et surtout à la partie moyenne, si vous ne trouverez pas une légère bosselure à laquelle aboutiront les éléments du cordon, ou tout au moins un point au niveau duquel vous éveillerez par la pression une douleur toute spéciale, comparable à celle que vous ferez éprouver au malade en comprimant le testicule sain. Cette douleur est-elle ressentie nettement en un point? c'est là qu'est le testicule; si la pression exercée ailleurs ne produit pas la même sensation, il y a bien des chances pour que la tumeur soit extra-testiculaire, car un sarcocèle est généralement ou peu douloureux à la pression, ou du moins également douloureux partout, et cette *douleur provoquée* n'a pas le caractère de celle qu'on peut appeler *testiculaire*. Ce n'est que très-exceptionnellement qu'une petite portion de la glande respectée par le néoplasme ferait éprouver au malade la douleur caractéristique si l'on exerçait sur elle une pression. Du reste, que vous provoquiez ou non cette douleur testiculaire, vous noterez s'il existe des *douleurs spontanées;* en général, celles-ci ne sont pas très-vives et les attouchements ne les exaspèrent que faiblement. Le malade éprouve surtout une pesanteur incommode, mais il peut néanmoins ressentir des douleurs lancinantes irradiées le long du cordon et affectant quelquefois un caractère névralgique.

Il est indispensable de rechercher la *transparence*, à moins que la tumeur ne soit manifestement solide et n'ait conservé la forme exacte du testicule; je vous indiquerai tout à l'heure les règles d'après lesquelles vous devrez procéder et les conclusions qu'on peut tirer des

résultats obtenus. Je n'insiste pas non plus en ce moment sur la nécessité, en présence de certains caractères, de pratiquer la *percussion* et de chercher si la tumeur est en totalité ou en partie *réductible* dans l'abdomen.

Enfin, Messieurs, n'oubliez pas de constater l'*état du cordon;* voyez s'il n'a pas augmenté de volume en masse, si le canal déférent n'est pas gros, dur, noueux ou sensible, et s'il n'existe pas dans la *fosse iliaque* des masses ganglionnaires.

Soupçonnez-vous un testicule tuberculeux? Pratiquez le toucher rectal et sachez si le malade n'a pas eu des troubles de la miction. On néglige trop fréquemment de toucher les malades par le rectum en faisant l'examen d'une tumeur du testicule, et je connais des observations qui prouvent que l'on a parfois enlevé comme tuberculeux des testicules chroniquement enflammés ou contenus dans une cavité vaginale épaissie, sans que le chirurgien ait songé à examiner si la prostate ou les vésicules séminales étaient malades. Les tubercules de la prostate et des vésicules séminales sont fréquents chez les sujets dont les testicules sont tuberculeux, et le toucher rectal permet souvent de sentir des bosselures dures ou fluctuantes, indice de tubercules à l'état de masses caséeuses plus ou moins fluides. Si les tubercules de la prostate n'existent pas toujours concurremment avec ceux des testicules, il n'en est pas moins vrai qu'il faut les rechercher si l'on veut réunir, avant de pratiquer une opération grave, toutes les raisons qui militent en faveur de telle ou telle opinion.

Je ne vous signalerai qu'en passant un fait physiologique qui n'est pas dépourvu d'intérêt et qu'a noté notre regretté collègue Liégeois. D'après les recherches que ce chirurgien a entreprises à l'hôpital du Midi, le sperme des malades

atteints d'orchite aiguë ou chronique d'un seul côté contient des spermatozoïdes, tandis qu'il n'en est pas de même chez ceux qui ont un testicule tuberculeux; le testicule sain semble alors s'anémier sympathiquement et sa sécrétion se tarit; il y aurait donc dans l'examen du sperme un élément de diagnostic qui ne serait pas sans utilité dans les cas douteux; convenons toutefois que cet examen constitue une dernière ressource à laquelle les convenances sociales ne nous permettent que rarement d'avoir recours.

Lorsque vous aurez étudié, Messieurs, tous les caractères d'une tumeur des bourses, il vous arrivera souvent néanmoins de rester indécis sur sa nature et d'hésiter par exemple, entre un sarcocèle cancéreux et un testicule syphilitique, ou entre un testicule tuberculeux et une orchite chronique. Il sera nécessaire alors d'interroger l'*état général* du malade et de rechercher si quelque *affection concomitante* ne peut pas confirmer l'hypothèse qui vous aura semblé la plus plausible. Vous examinerez les poumons, afin de vous assurer qu'ils ne contiennent pas de tubercules, et vous tâcherez de deviner dans certains cas les premiers indices de la cachexie cancéreuse. Sachez que celle-ci s'observe rarement chez les malades atteints de cancer du testicule, sans doute parce qu'ils nous consultent tôt; ce n'est souvent qu'après la castration que la santé générale souffre profondément. Il faut alors songer à la possibilité d'une récidive dans les ganglions iliaques, dont on peut apprécier le volume par la palpation de l'abdomen, et qui, en comprimant les gros vaisseaux veineux, provoquent l'apparition d'un œdème d'abord unilatéral, puis envahissant parfois bientôt les deux membres inférieurs.

J'aurai terminé, Messieurs, cet exposé de la méthode qui

doit présider à l'examen d'un malade atteint d'une tumeur des bourses, lorsque je vous aurai rappelé qu'il faut presque toujours, avant de faire une castration, essayer un *traitement antisyphilitique*, traitement qui a guéri bien des soi-disant cancers, orchites chroniques, etc., et faire dans la tumeur une *ponction exploratrice* pour ne pas risquer d'enlever une vieille hydrocèle à parois dures et résistantes, au lieu d'un sarcocèle dont l'existence justifierait seule une opération aussi radicale.

Je n'ai point la prétention de vous avoir fourni les éléments du diagnostic des tumeurs des bourses, question vaste et ardue que je ne veux pas aborder dans sa totalité. Ces éléments, les cliniciens les réunissent peu à peu; depuis Pott, qui a donné de certaines tumeurs des descriptions qu'on peut encore aujourd'hui considérer comme des modèles, jusqu'aux auteurs contemporains, chacun s'est efforcé de trouver quelque signe nouveau destiné à faciliter la tâche du chirurgien. Il faut convenir malheureusement que le problème, s'il se simplifie tous les jours, est encore loin d'être résolu, et les erreurs de diagnostic que vous voyez commettre par les plus savants de vos maîtres sont là pour attester que je n'en exagère pas les difficultés. Je laisse à d'autres le soin de dresser le bilan exact de nos connaissances, mais il m'a semblé utile de vous indiquer une méthode capable de vous servir de guide au milieu du dédale de questions qu'il faut adresser aux malades.

Celui dont je veux aujourd'hui vous parler, est un homme de soixante-neuf ans; il paraît robuste et on ne lui donnerait pas son âge; son visage ne trahit aucune souffrance, et en réalité ce vieillard jouit d'une santé générale excellente. Dans sa jeunesse, il s'est toujours bien

porté, et nous ne trouvons chez lui aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique.

Pendant les années qu'il a passées à l'armée, il était, nous dit-il, bon marcheur et n'a jamais eu de hernie. En 1827, il vit survenir sans cause connue, insensiblement, sans douleur, un gonflement du scrotum du côté gauche, gonflement qui, suivant sa propre expression, se fit plutôt de haut en bas que de bas en haut. Notez bien ceci, le testicule a toujours été au-dessous de la tumeur qui semblait le repousser en bas à mesure qu'elle grossissait, et qui acquit en cinq ou six mois les deux tiers de son volume actuel, c'est-à-dire la grosseur du poing. Cette tumeur, le malade l'a gardée deux ans; il n'en était que médiocrement incommodé et n'éprouvait pendant la marche aucune fatigue; lorsqu'il quitta le service en 1829, il profita cependant de sa liberté pour aller se faire opérer dans son pays, en Bretagne.

Il subit là une ponction et vit s'écouler par la canule un liquide clair comme de l'urine. On fit dans la poche ainsi vidée, une injection de vin sucré chaud, ce qui fut si douloureux que le malade se trouva mal; les jours suivants, les bourses enflèrent, puis le gonflement diminua et disparut; la guérison paraissait obtenue, et elle l'était en effet, car ce ne fut que vingt-cinq ans après que les bourses grossirent de nouveau. En 1855, le malade se fit ponctionner à l'hôpital Saint-Antoine, et l'on injecta de la teinture d'iode dans la tumeur, qui au bout de huit à dix jours n'existait plus.

Le malade nous dit avoir remarqué qu'après ces deux opérations son testicule était notablement plus dur; il affirme aussi que le liquide qui s'écoula après la seconde ponction n'était plus clair comme de l'urine, mais trouble.

Aujourd'hui, plus de quinze ans après la dernière opé-

ration, la tumeur a repris le volume qu'elle avait atteint en 1829 et en 1855, et même elle offre des dimensions plus considérables, car elle est grosse comme les deux poings.

Elle siége du côté gauche, et le testicule droit, dont on apprécie facilement la forme et la consistance, est évidemment sain.

La peau du scrotum est mobile, mais assez tendue, ses plis sont effacés et elle recouvre de grosses veines dont on aperçoit par transparence le réseau bleuâtre. Sa coloration est normale; pas de rougeur inflammatoire, pas d'empâtement ni d'œdème pouvant faire craindre qu'il se développe en un point un phlegmon circonscrit.

La tumeur est pyriforme, à base dirigée en bas, à sommet remontant jusqu'à l'anneau inguinal externe, mais ne s'y engageant pas. A ce niveau, il est impossible de sentir le cordon, dont les éléments sont probablement dissociés et étalés en arrière sur la tumeur. Celle-ci est de consistance molle, fluctuante, un peu flasque et médiocrement tendue; on perçoit tout à fait la sensation que donnerait une vessie incomplétement remplie par un liquide; les parois de la poche ne paraissent pas épaisses, elles sont souples, sans indurations partielles, et l'on ne constate à leur surface aucune irrégularité, aucune bosselure. La tumeur n'est pas transparente; elle est mate partout et irréductible; si nous plaçons le doigt au-dessous de l'anneau, nous ne sentons aucune impulsion lorsque le malade tousse.

Il est impossible, nous l'avons dit, de suivre le cordon de haut en bas et d'arriver ainsi jusqu'au testicule, mais cette glande fait à la partie inférieure et antérieure de la tumeur une saillie qui attire immédiatement l'attention; en la comprimant, on éveille cette sensation douloureuse caractéristique, dont je vous ai signalé l'importance. Quant

à la tumeur elle-même, elle n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. On reconnaît avec la plus extrême facilité la forme de l'épididyme, qui ne présente pas au niveau de sa queue l'induration qui existe là d'ordinaire, lorsque les malades ont eu une ou plusieurs épididymites. Le testicule, un peu plus sensible que celui du côté opposé, n'est ni volumineux, ni dur, et paraît absolument sàin. Point de ganglions iliaques. Nous négligeons de pratiquer le toucher rectal, l'exploration de la prostate et des vésicules séminales nous semblant inutile dans le cas actuel où l'on ne peut pas songer à une affection tuberculeuse du testicule.

Je crois avoir suivi, Messieurs, dans l'examen de notre malade, les préceptes que je vous ai précédemment exposés, et nous devons être en mesure de porter maintenant un diagnostic précis. Il va sans dire que nous ne nous arrêterons pas à discuter l'hypothèse d'un œdème des bourses, ni d'une affection quelconque des enveloppes communes aux deux testicules; la maladie est unilatérale. Enfin, la tumeur est manifestement fluctuante et flasque, on sent au-dessous d'elle le testicule, dont le volume, la forme et la consistance sont normales; nous pouvons donc éloigner l'idée d'une tumeur du testicule, pour ne songer qu'à discuter la nature et à préciser le siége de la tumeur liquide que nous avons sous les yeux.

Si nous éliminons les kystes hydatiques des bourses, dont la rareté est telle qu'il est impossible d'en tracer l'histoire, nous dirons d'abord que les tumeurs purement liquides de cette région ne sont constituées que par un *épanchement de sérosité ou de sang*.

Les épanchements sanguins, dont je vous parlerai brièvement plus loin, sont ou primitifs et traumatiques, ou secondaires, et dans ce cas ils peuvent être spontanés ou

traumatiques; mais je dis qu'ils sont secondaires, parce qu'ils succèdent à des épanchements séreux et prennent alors la place de ces derniers ou se combinent avec eux.

Les épanchements séreux des bourses ont reçu le nom d'*hydrocèles*, quel que soit leur siége. Tantôt ils occupent la *cavité vaginale*, oblitérée ou non à sa partie supérieure; tantôt ils forment des kystes indépendants de cette cavité et décrits sous le nom d'*hydrocèle enkystée du testicule* ou *de l'épididyme*. Dans le *cordon spermatique*, on a décrit deux variétés d'hydrocèle : l'une *diffuse*, l'autre *enkystée*, variétés présentant chacune des caractères spéciaux. Enfin, une certaine quantité de sérosité peut s'accumuler dans un *sac herniaire habité* ou *déshabité*, et dans ce dernier cas, tantôt celui-ci communique avec la cavité péritonéale, tantôt cette communication est interceptée soit par l'oblitération du collet, soit par l'adhérence à ce collet d'anses intestinales ou de franges épiploïques. Résumons en quelques mots les caractères principaux de chacune de ces variétés de tumeurs séreuses.

L'*hydrocèle vaginale* est sans contredit la plus fréquente de toutes les tumeurs liquides des bourses, et il n'est pas de services de chirurgie où vous n'en rencontriez quelque spécimen. Dans celui-ci, vous avez pu, il y a quelques jours, observer deux malades auxquels j'ai pratiqué la même opération et qui sont maintenant en pleine voie de guérison. Ces cas étaient types, et il vous suffira de faire appel à vos souvenirs pour suivre, comme si vous aviez les tumeurs sous les yeux, la description que je vais vous faire d'une affection aussi commune que facile à diagnostiquer, excepté dans des circonstances exceptionnelles.

Je ne fais, Messieurs, que vous signaler l'*hydrocèle aiguë*, mieux nommée *vaginalite*, à cause de son origine fran-

chement inflammatoire ; cette vaginalite accompagne presque toujours l'orchite ou l'épididymite ; l'inflammation de la tunique vaginale se traduit par un épanchement séreux qui n'est pas en général très-abondant, mais qu'on peut considérer néanmoins comme la cause des vives douleurs qu'éprouvent les malades : car celles-ci disparaissent ou du moins diminuent beaucoup après une ou plusieurs ponctions faites avec la lancette, ponctions qui donnent issue à une très-petite quantité de liquide. Le caractère de la vaginalite est donc de compliquer l'orchite ou l'épididymite et de s'accompagner de douleurs ; la peau du scrotum est presque toujours rouge et médiocrement tendue.

Quant aux épanchements peu abondants qui compliquent un grand nombre de tumeurs du testicule, ils sont bien liés en réalité à une vaginalite, mais l'absence de douleurs et de réaction inflammatoire les a fait ranger à juste titre parmi les hydrocèles ou épanchements chroniques.

Il est très-rare en effet qu'une hydrocèle soit absolument spontanée ; la plupart du temps elle reconnaît pour cause un état pathologique du testicule, et cela nous explique la fréquence des récidives qui surviennent après les ponctions et les injections. Le liquide évacué, on sent presque toujours quelques indurations au niveau de la tête et surtout de la queue de l'épididyme, ou le testicule lui-même paraît plus dur ; on attribuait autrefois ces altérations glandulaires à l'épanchement, mais des recherches récentes, parmi lesquelles je dois citer celles de mon excellent collègue M. Panas, démontrent qu'elles en sont la cause et non l'effet.

L'hydrocèle nous apparaît sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, quelquefois grosse comme les deux poings et même plus, sans altération de la peau qui est lisse et plus ou moins tendue, mobile et sillonnée de veines

formant un relief très-appréciable à sa surface. Cette tumeur est le plus souvent unilatérale, et du côté sain on sent le testicule qui glisse sous le doigt au milieu de ses enveloppes; comme toutes les tumeurs séreuses des bourses, elle est indolente à la pression et ne cause au malade aucune douleur spontanée en l'absence de toute complication inflammatoire. Généralement elle est pyriforme, à grosse extrémité inférieure, mais elle peut affecter une forme en bissac et présenter à son milieu une sorte d'étranglement, produit par une résistance plus grande des enveloppes suivant une ligne circulaire. Elle peut aussi être bosselée, et cette apparence s'explique par l'existence de diverticula de la tunique vaginale dont on doit la description à Béraud et dans lesquels pénètre le liquide contenu dans la cavité principale. La tumeur remonte plus ou moins haut en avant du cordon, et elle se termine souvent par une extrémité effilée au niveau de l'anneau inguinal externe où elle semble s'engager; mais je doute qu'elle pénètre réellement dans le trajet inguinal, et je serais porté à croire qu'elle s'étale sous la peau en avant des fibres tendineuses du grand oblique.

Telles sont les diverses formes que revêt d'ordinaire l'hydrocèle; vous voyez qu'elles sont assez variables et qu'on ne peut songer à fonder un diagnostic uniquement sur l'aspect extérieur de la tumeur, d'autant plus que souvent celle-ci présente exactement l'apparence d'un testicule volumineux, sans avoir de grosse ni de petite extrémité, et c'est surtout alors que devient explicable la confusion qu'on commet souvent avec un sarcocèle.

La tumeur se développe presque toujours lentement et de bas en haut, trouverez-vous écrit partout; sans doute c'est là sa marche réelle, mais il s'en faut de beaucoup

que les malades soient toujours frappés de ce mode d'accroissement. La tumeur est fluctuante dans la plupart des cas, si fluctuante même parfois qu'on peut, en la déprimant par une pression brusque exercée avec le doigt, arriver à sentir un corps dur qui est le testicule, mais dans d'autres circonstances elle est tellement tendue, qu'elle donne une sensation d'élasticité plutôt que de fluctuation, sensation d'autant plus nette que les parois de la poche sont plus épaisses, et celles-ci sont souvent doublées d'une ou de plusieurs couches de fausses membranes finissant par subir une sorte de transformation cartilagineuse; la fluctuation devient alors tellement obscure qu'on est dans son droit de la mettre en doute, il est de plus presque impossible de constater dans ces cas la transparence, signe qui, constant dans les hydrocèles à parois minces et souples, est presque pathognomonique d'une tumeur séreuse; je dis presque, car nous verrons que certaines tumeurs graisseuses peuvent être transparentes, bien que le fait soit très-exceptionnel.

Pour chercher et trouver la transparence, Messieurs, voici comment vous devez procéder : vous commencez par déplisser la peau en la tendant sur la tumeur que vous faites saillir fortement en avant avec la main gauche, puis vous disposez derrière elle une lumière aussi près que possible et vous placez votre main droite de telle façon qu'elle forme un écran destiné à empêcher les rayons lumineux d'arriver directement à votre œil; enfin, vous tâchez de reconnaître si la tumeur se laisse oui ou non traverser par la lumière, en ayant soin de ne pas confondre avec la transparence la coloration rosée que prend la peau au point où le bord cubital de votre main droite se trouve appliqué; il est bon, pour éviter cette cause d'erreur et pour chercher la trans-

parence dans une petite tumeur difficile à isoler, de se servir d'un stéthoscope dont l'extrémité non évasée est appliquée sur la tumeur.

Ce mode d'exploration ne doit jamais être négligé, même lorsqu'on est sûr en quelque sorte d'avoir affaire à une hydrocèle, car il vous fournit non-seulement la preuve que vous ne vous êtes point trompés, mais encore des renseignements précis sur la situation occupée par le testicule. Celui-ci forme un gros point noir qui s'aperçoit en général à la partie postérieure de la tumeur, à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur; il est parfois possible, lorsque la tumeur n'est pas très-tendue, de sentir la glande à la palpation ou de provoquer par des pressions la douleur caractéristique, mais parfois aussi le siége du testicule n'est appréciable qu'à l'aide de l'examen à la lumière, et il est cependant indispensable de le connaître avant de pratiquer la ponction. Sans doute il n'est pas très-dangereux de piquer légèrement le testicule avec la pointe du trocart, quoique cette piqure puisse avoir pour conséquence de provoquer une hémorrhagie dans l'intérieur de la tunique vaginale, mais il serait fâcheux de le transpercer et cet accident serait à craindre si la glande était en inversion. Dans ce cas, en effet, celle-ci occuperait la partie antérieure de la tumeur, et comme on a l'habitude de faire la ponction en avant, le trocart la traverserait infailliblement; ainsi songez toujours, Messieurs, à la possibilité d'une inversion. Le cordon que vous sentez généralement au-dessous de l'anneau peut vous conduire jusqu'au testicule, mais souvent ses éléments sont dissociés et on ne les distingue qu'avec peine.

L'hydrocèle est une tumeur mate et si l'on constate de la sonorité à sa partie supérieure, c'est qu'elle est surmon-

tée d'une hernie intestinale qu'il faut réduire pour reconnaître au juste le volume de la tumeur principale, qui, elle, est irréductible et ne reçoit pas d'impulsion par la toux. Cherchez toujours cettte irréductibilité, car si la tumeur est réductible, bien qu'elle présente presque tous les caractères que je viens de vous énumérer, elle appartient à une variété dite *hydrocèle congénitale*, quoiqu'elle puisse n'apparaître que longtemps après la naissance.

Dans ce cas, la tunique vaginale ne s'est pas fermée comme d'ordinaire, et elle constitue non pas une cavité devenue distincte à la suite d'un travail d'oblitération que vous connaissez, mais un simple diverticulum de la séreuse péritonéale. Il est essentiel de bien s'assurer, avant de pratiquer une ponction et une injection dans une hydrocèle, que toute communication avec le péritoine est interrompue, sinon l'inflammation que vous voulez provoquer dans la tunique vaginale pourrait gagner la cavité abdominale et devenir l'origine des accidents les plus graves, si vous ne preniez pas la précaution de vous opposer au passage du liquide irritant dans l'abdomen, en appuyant le doigt ou une pelote sur le trajet de communication des deux cavités. Faites coucher le malade dans le décubitus dorsal et fléchissez légèrement les cuisses sur le bassin pour relâcher les muscles abdominaux, puis cherchez par des pressions soutenues à faire refluer le liquide dans l'abdomen et à diminuer ainsi le volume de la tumeur. Si vous croyez à une réductibilité incomplète, faites tousser le malade, faites-le lever et voyez si la tumeur ne grossit pas, en un mot ne négligez rien dans les cas douteux pour éviter de commettre une erreur qui pourrait entraîner de funestes conséquences.

Tels sont, Messieurs, les caractères principaux de l'hy-

drocèle de la tunique vaginale. Parfois il arrive qu'à la suite d'une vaginalite adhésive, la cavité vaginale soit occupée par des fausses membranes formant cloisons en certains points et circonscrivant des loges qui en général communiquent entre elles et contiennent un liquide séreux. Ces *hydrocèles multiloculaires*, dont le mode de développement a été très-bien indiqué déjà par Brodie en 1827, ne doivent pas être confondues, ni pendant la vie des malades, ni même lorsqu'on a les pièces sous les yeux, avec ce que Brodie et après lui Curling ont appelé *hydrocèle enkystée du testicule*.

Au premier de ces auteurs revient le mérite d'avoir reconnu qu'il pouvait se développer à la surface du testicule et de l'épididyme des kystes bien distincts des hydrocèles de la tunique vaginale, et la description qu'il en a donnée, quoique absolument insuffisante, a eu l'avantage d'attirer sur un sujet neuf les recherches des anatomistes et des cliniciens. En 1844, Curling l'aborda, et son savant traducteur, M. Gosselin, publia quatre ans plus tard deux mémoires importants qui nous firent bien connaître ce qu'il décrit sous le nom de *kystes de l'épididyme*, *du testicule* et *de l'appendice testiculaire*. Ces kystes ont été divisés par M. Gosselin en deux variétés : les petits et les grands.

Les *petits kystes*, gros comme une tête d'épingle, un grain de millet, un pois, rarement plus volumineux, siégent de préférence au niveau de la convexité de la tête de l'épididyme qu'ils semblent parfois prolonger, mais on les rencontre aussi près de la queue et du corps, plutôt en dehors qu'en dedans, rarement à la face inférieure de cette portion de la glande. Ils siégent aussi sur l'une ou l'autre face du testicule, de préférence près de son bord supérieur et au niveau de ce qu'on a décrit sous le nom d'*appendice testi-*

culaire. Uniques ou multiples, opalins ou transparents, sessiles ou pédiculés, ces kystes ont pour caractère essentiel de se développer entre l'albuginée et le feuillet viscéral de la tunique vaginale; sur l'épididyme, ils peuvent être logés dans une sorte de cupule, mais jamais M. Gosselin ne les a rencontrés dans le parenchyme glandulaire lui-même; les injections d'essence de térébenthine poussées par le canal déférent dans les conduits séminifères n'ont jamais pénétré dans leur cavité. Ils ont une paroi assez mince, généralement très-distendue par un liquide plus ou moins séreux, transparent ou jaunâtre, tenant en suspension des cellules épithéliales et des granulations, mais dans lequel on n'a jamais rencontré de spermatozoïdes, bien qu'on en ait trouvé beaucoup dans les canalicules spermatiques des sujets sur lesquels on pratiquait les injections.

Ces *petits kystes*, qu'on peut appeler *sus-épididymaires* en tenant compte de leur siége le plus habituel, ne constituent pas à proprement parler une maladie; ils ne s'annoncent par aucun symptôme et on ne les découvre la plupart du temps que sur les cadavres ou lorsque les malades viennent nous consulter pour une affection testiculaire quelconque. On ne les rencontre guère avant l'époque de la puberté et ils offrent la consistance de petites tumeurs solides, ce qui tient sans aucun doute à la tension excessive de leur paroi. Ces kystes, d'après M. Gosselin, grossissent lentement et dépassent rarement le volume d'un pois, mais ils peuvent sous l'influence d'un coup ou d'une pression un peu forte, éclater et verser le liquide qu'ils contiennent dans la cavité vaginale; Morgagni avait déjà signalé cette rupture de ce qu'il appelait une hydatide comme cause de l'hydrocèle, et je ne vois rien dans cette explication qui puisse choquer nos idées modernes.

Les *grands kystes* du testicule présentent un intérêt pratique bien supérieur à celui des tumeurs que je viens de vous décrire, en admettant qu'il n'y ait entre les uns et les autres d'autre rapport que leur siége extra-glandulaire. Les grands kystes, en effet, peuvent atteindre un volume assez considérable pour gêner beaucoup les malades et les décider à consulter un chirurgien. En général gros comme une noix ou comme une petite pomme, ils peuvent cependant contenir de quatre-vingts à cent grammes de liquide, et Curling a retiré de l'un d'eux jusqu'à six cent soixante grammes de sérosité. Tantôt il n'existe qu'un seul kyste et c'est alors qu'il atteint surtout un gros volume, tantôt il y en a plusieurs qui sont dans ce cas généralement plus petits.

Voici quels sont les caractères cliniques de ces grands kystes. Ils constituent une ou plusieurs tumeurs sans changement de coloration de la peau, indolentes à la pression, fluctuantes et dans lesquelles on constate le plus souvent une transparence des plus évidentes. Leur volume, comme je vous l'ai dit, est variable et peut dans certains cas atteindre celui d'une hydrocèle d'assez forte dimension. Ces kystes déjettent en général l'épididyme latéralement et coiffent le testicule, qu'on distingue plus ou moins nettement au-dessous et en avant de la tumeur; tantôt l'épididyme est séparé du testicule par la tumeur et peut être reconnu, tantôt au contraire il est impossible de le distinguer. Enfin, si l'on pratique une ponction, on voit s'écouler par la canule du trocart un liquide opalin, louche, laiteux, dont Curling compare la couleur à celle du lait de coco. Quelquefois ce liquide au moment de la ponction paraît limpide; mais, examiné par transparence dans un verre, il offre une teinte laiteuse. En général il est albumineux, mais il ne donne

parfois qu'un léger précipité par la chaleur ou l'acide nitrique. Il s'éclaircit complétement par la filtration et ne contient alors aucun élément figuré, mais si l'on en porte une goutte sous l'objectif du microscope avant de l'avoir filtré, on y découvre un nombre variable de spermatozoïdes morts ou vivants. Lorsque les animalcules sont altérés, on ne distingue parfois que leur tête dans le liquide, suivant Marcé, et ces têtes ne manquent pas d'analogie avec les globules du lait.

La présence des spermatozoïdes dans certains kystes du testicule a été découverte, en 1843, par Liston. Un fait assez bizarre et qui a été observé quelquefois, c'est l'absence de spermatozoïdes dans les canalicules spermatiques du sujet, particularité notée par M. Gosselin et consignée dans son second mémoire.

Quel peut être le siége de ces grands kystes à spermatozoïdes et comment vous expliquer, Messieurs, d'une part la présence de ces animalcules au sein du liquide, de l'autre leur absence dans les canalicules séminifères chez les mêmes sujets ? Ces kystes qui ne sont dits grands que par opposition aux kystes sans spermatozoïdes toujours très-petits, siégent comme ces derniers entre la tunique albuginée et le feuillet viscéral de la vaginale, mais ils sont situés au-dessous de l'épididyme, entre sa tête et le testicule, au niveau des vaisseaux efférents; ils sont par conséquent *sous-épididymaires*. En se développant, ils refoulent en haut l'épididyme ou le laissent appliqué sur le testicule pour faire saillie soit en dehors soit en dedans du point où ils ont pris naissance.

La première idée qui vous viendra à l'esprit, j'en suis convaincu, sera que le kyste n'est autre chose qu'un conduit séminifère dilaté, puisque sa base, son point d'im-

plantation en quelque sorte, répond au faisceau des tubes qui s'échappent du testicule. Cette idée, Liston l'avait eue, mais on doit l'abandonner du moment où il est démontré que des injections poussées dans le canal de l'épididyme ne pénètrent pas dans la poche; les dissections les plus minutieuses ont montré en outre que le kyste est parfaitement distinct des conduits séminifères. Vous n'admettrez pas sans doute, avec Paget, qu'un kyste puisse sécréter des spermatozoïdes par ce seul fait qu'il est situé au voisinage du testicule. Il faut donc, de toute nécessité, que les animalcules se soient échappés à un moment quelconque de leurs voies naturelles et cela, non pas par exosmose, cette hypothèse n'est pas discutable, mais par une rupture d'un ou de plusieurs des tubes qui les contiennent.

Reste à décider maintenant si cette rupture précède la formation du kyste ou si elle se produit lorsque celui-ci a déjà atteint un certain volume. M. Gosselin a émis la première opinion : il pense que, puisqu'on rencontre souvent dans la tête de l'épididyme des oblitérations partielles, fait qu'il a positivement établi au moyen des injections, il peut survenir un véritable engouement dans les vaisseaux efférents, si la sécrétion spermatique continue à s'effectuer avec activité ; que le testicule soit dans ces conditions soumis à un choc, à une pression, le sperme trouvera une issue hors de ses voies naturelles et s'épanchera dans le tissu cellulaire sous-épididymaire : cette humeur deviendra alors le point de départ d'un travail irritatif, à la suite duquel elle s'enkystera, puis les canaux rompus se cicatriseront et le kyste sera constitué. Avec la sérosité exhalée par les parois de la poche, le sperme formera une véritable émulsion, car MM. Robin et Verdeil ont démontré qu'une

certaine proportion de matières grasses existe dans le liquide de tous les kystes, et Longet a prouvé qu'on devait reconnaître au sperme le pouvoir de les émulsionner. M. Gosselin n'est cependant pas exclusif et cette théorie qu'il a formulée il y a plus de vingt ans, et à laquelle s'est rallié M. Sédillot, ne lui paraît pas aujourd'hui la seule qui mérite d'être acceptée.

Si l'on comprend comme M. Gosselin le développement des kystes à spermatozoïdes, comment s'expliquer, d'une part, que dans certains cas les canaux séminifères ne contiennent pas d'animalcules quand un kyste en contient sur le même sujet, de l'autre que le kyste vidé par une ponction se remplisse de nouveau du même liquide opalin et à spermatozoïdes? Est-il admissible que les voies d'excrétion du sperme étant interceptées par la pression exercée sur les vaisseaux efférents par le kyste ou sous l'influence d'une cause inconnue, les spermatozoïdes se conservent mieux dans le liquide du kyste que dans les tubes où ils prennent naissance? Cette hypothèse ne me satisfait guère, mais nous sommes encore à en attendre une meilleure. Quant à la reproduction du liquide caractéristique, on se l'explique facilement depuis que Quekett a trouvé sur deux pièces qu'il a disséquées, après les avoir soigneusement injectées au mercure, que les conduits de l'épididyme se ramifiaient sur les parois du kyste et qu'il existait un orifice par lequel le métal s'échappait d'un des canaux et tombait dans la cavité. L'issue des spermatozoïdes est donc démontrée et l'on s'explique ainsi la réapparition de ces animalcules dans un kyste après la ponction, si l'orifice ne s'est pas fermé, et, dans le cas contraire, leur absence dans le liquide qui a pu se reproduire.

On conçoit aussi comment, après avoir trouvé dans un

kyste sous-épididymaire un liquide séreux sans spermatozoïdes, on peut constater lors d'une seconde ponction l'existence de filaments spermatiques. Dans ce cas, de deux choses l'une, ou la pointe du trocart aura fait lors de la première opération une piqûre à l'un des tubes séminifères qui aura versé son produit dans le kyste, ou la rupture se sera effectuée spontanément.

Entre M. Gosselin et Curling à l'instigation duquel Quekett a fait ses recherches, il y a donc une petite divergence d'opinion; tandis que le chirurgien français admet plus volontiers la rupture primitive d'un ou de plusieurs tubes et la formation secondaire d'un grand kyste, Curling pense, au contraire, que les spermatozoïdes pénètrent par effraction à la suite d'une piqûre ou d'un traumatisme quelconque dans un de ces petits kystes qui n'en contiennent pas dans le principe, et qui prennent dès lors un accroissement parfois assez considérable; en un mot, les petits kystes ne sont dans cette théorie que le premier degré des grands.

Pour moi, je me rallie, je l'avoue, à l'opinion de Curling, et malgré mon vif désir d'être en tous points d'accord avec mon savant maître, il me paraît difficile d'admettre qu'autour du testicule et de l'épididyme il puisse se former deux espèces de kystes absolument distincts par leur origine. Entre les grands et les petits kystes on peut rencontrer, en effet, tous les intermédiaires, si l'on n'envisage que la taille; Curling a trouvé le long du bord antérieur du testicule un kyste contenant 8 grammes de liquide, et Brodie en a disséqué un du volume d'une noix situé à la partie antérieure du testicule, au-dessous de l'épididyme, et contenant un liquide incolore. Il est probable, bien que l'examen histologique du liquide n'ait pas été fait, que ces

kystes ne renfermaient pas de spermatozoïdes ; M. Gosselin les rangera-t-il donc parmi les petits kystes qui ne dépassent guère, suivant lui, le volume d'un pois ? Non ; ce sont là de grands kystes sans spermatozoïdes, comme celui que Marcé a disséqué et qui, quoique du volume d'un œuf de dinde, renfermait un liquide citrin sans autre élément figuré que des cristaux de cholestérine; nous dirons donc que, pour nous, si les petits kystes ne contiennent pas de spermatozoïdes, c'est qu'ils ne grossissent en général que quand ceux-ci ont pénétré dans leur cavité.

M. Gosselin a trouvé des petits kystes un peu partout, sur les faces externe et interne du testicule, au-dessus et même au-dessous de la tête de l'épididyme, au niveau de l'appendice testiculaire ; pourquoi lui répugnerait-il d'admettre que ceux qui seront sous-épididymaires et par conséquent en contact avec les vaisseaux efférents, sans l'intermédiaire d'une coque fibreuse aussi résistante que la tunique albuginée, seront tout particulièrement exposés à recevoir dans leur cavité des spermatozoïdes échappés de ces vaisseaux, et par conséquent susceptibles de se transformer en grands kystes ? Les autres, au contraire, sus-épididymaires ou anté-testiculaires, flottant au-dessus de l'épididyme, ou séparés du testicule par une tunique fibreuse, n'auront que peu de chance d'entrer en communication avec les voies spermatiques et, pour cette raison resteront toujours petits.

En résumé, Messieurs, si l'on ne rencontre pas près des vaisseaux efférents de petits kystes, c'est que peut-être ceux-ci ne tardent pas à recevoir dans leur cavité des spermatozoïdes et prennent aussitôt un certain accroissement.

Pour moi, petits et grands kystes ont donc la même

origine, mais suivant leur siége, ils seront plus ou moins exposés à contenir un jour des spermatozoïdes et à se développer.

Quel est le mode de formation des kystes? Nous devons nous poser en effet cette question, puisque nous repoussons, du moins dans la majorité des cas, l'hypothèse de la rupture primitive d'un des canaux séminifères qu'on ne peut invoquer pour expliquer l'apparition des petits kystes ou kystes sans animalcules spermatiques.

Sur ce sujet, Curling ne nous fournit aucun renseignement; M. Gosselin, au contraire, est des plus explicites. Pour lui, les petits kystes se forment de toutes pièces au-dessous de la séreuse testiculaire et leur développement coïncide avec le ralentissement fonctionnel du testicule, car on les rencontre surtout chez les sujets de trente-cinq à quarante ans, c'est-à-dire à l'âge où la sécrétion devient moins abondante; ils siégent, en outre, principalement au niveau de la tête de l'épididyme, là même où M. Gosselin a démontré qu'une partie des vaisseaux séminifères s'oblitère souvent par les progrès de l'âge.

C'est en s'appuyant sur les remarquables recherches de M. Gosselin, Messieurs, qu'on a interprété autrement l'origine des kystes, mais pour que vous compreniez bien l'opinion que je tiens à vous exposer, quelques détails d'anatomie normale me semblent ici bien placés.

De chaque côté de la colonne vertébrale existe chez l'embryon, dès que le tube intestinal s'est constitué, un corps allongé qui porte le nom de corps de Wolff. Ce corps est composé de tubes à peu près parallèles et transversalement dirigés, qui se terminent en dedans par une extrémité terminée en cæcum et en dehors s'ouvrent dans un canal qu'on peut considérer comme le conduit excréteur

de la glande et qui aboutit au cloaque. Le long du bord interne du corps de Wolff se trouve un renflement qui constituera plus tard le testicule ou l'ovaire, suivant le sexe de l'embryon ; en dehors du canal excréteur est un cordon d'abord plein, puis creux, qui porte le nom de conduit de Muller et qui a été nié par quelques auteurs, entre autres par Follin.

Chez la femme, les tubes du corps de Wolff et leur conduit excréteur s'atrophieront pour constituer ce qui est connu sous le nom de corps de Rosenmuller, et le conduit de Muller, au contraire, deviendra l'oviducte ; il se rapprochera de l'ovaire et formera la trompe de Fallope en haut, en bas il viendra s'adosser à celui du côté opposé, et de la réunion des deux tubes qui se confondront plus tard en un seul conduit naîtront l'utérus et la partie supérieure du vagin.

Chez l'homme, c'est le conduit de Muller qui disparaîtra, et les tubes moyens du corps de Wolff constitueront les vaisseaux efférents qui réuniront le testicule au conduit excréteur ; celui-ci formera l'épididyme et le canal déférent. Quant aux tubes supérieurs et inférieurs, ils s'atrophieront, mais chez l'adulte on en trouvera encore des vestiges très-apparents.

Je vous fais grâce, Messieurs, d'une description plus complète du développement du testicule, et je me garderai de vous rapporter ici les opinions contradictoires des anatomistes ; je ne veux insister un peu que sur l'étude de ces débris du corps de Wolff, étude qui a trait directement à notre sujet. Où siégent donc ces débris? Quelle est leur forme? Quel rôle jouent-ils dans la pathogénie des kystes du testicule? Telles sont les questions auxquelles je vais m'efforcer de répondre aussi brièvement que possible.

En premier lieu, je vous rappellerai qu'il existe normalement au-dessous de la tête de l'épididyme, à la surface de la tunique albuginée du testicule, une petite masse fongueuse, arrondie, pédiculée, du volume d'un pois environ et de consistance molle. Ce petit corps, décrit par Huschke sous le nom d'appendice testiculaire, est connu sous le nom d'hydatide, depuis Morgagni qui l'avait trouvé distendu par du liquide; vous savez, du reste, que les anciens auteurs appelaient hydatides presque tous les kystes, et n'attachaient pas à ce mot la signification que nous lui donnons aujourd'hui. Bien que Follin dise cette hydatide formée exclusivement de tissu cellulaire, de vaisseaux et parfois de tissu adipeux, il la considère néanmoins, peut-être un peu trop arbitrairement, comme l'extrémité renflée du conduit terminal du corps de Wolff, tandis que Kobelt en fait le reste du filament de Muller.

Ce qui paraît mieux démontré, c'est qu'on trouve dans la tête de l'épididyme des tubes flexueux, terminés en culs-de-sac et contournés sur eux-mêmes, tubes que Follin croit être au nombre de dix à douze et qu'il compare aux tubes de l'organe de Rosenmuller. Ces tubes, M. Gosselin avait le premier signalé leur existence à la partie supérieure de l'épididyme, dans son mémoire sur l'oblitération des voies spermatiques, et il les considérait comme fermés à la suite d'un travail pathologique, quand Follin, à l'aide des mêmes procédés d'injection, les décrivit à son tour et déclara qu'ils constituaient, à ses yeux, les restes des tubes supérieurs du corps de Wolff dont l'oblitération était normale. Follin regarda de même comme un débris des tubes inférieurs le *vas aberrans* de Haller, qui remonte parfois au milieu des éléments du cordon et peut être triple ou offrir des ramifications, comme A. Cooper l'a signalé. Sur un fœtus hu-

main mâle, dont les testicules étaient encore dans la cavité abdominale, Follin découvrit aussi des tubes terminés en cul-de-sac, et au nombre de sept environ, qui convergeaient tous vers le hile du testicule. Leur description se rapproche beaucoup de celle qu'a donnée huit ou dix ans plus tard M. Giraldès, d'un corps qu'il appelle *innominé*, et que Kolliker désigne sous le titre d'*organe de Giraldès*. Ce corps innominé n'est autre chose qu'un petit amas de tubes contournés sur eux-mêmes et terminés en culs-de-sac par des extrémités renflées; la cavité de ces tubes est tapissée d'un épithélium et contient un liquide transparent. Ils siégent tantôt à 2 ou 3 millimètres, tantôt à 1, 2 et même 3 centimètres au-dessus de l'épididyme, au milieu des éléments du cordon.

Tous ces *tubes* qu'on pourrait appeler *para-testiculaires*, quelle que soit leur forme et quel que soit leur siége, sont, il n'en faut pas douter, des débris du corps de Wolff. On pourra en multiplier les descriptions, car leur présence n'est pas plus constante que leur situation, mais l'interprétation du fait anatomique devra rester la même, et c'est à Follin que revient le mérite de nous l'avoir démontré.

Notre savant et regretté collègue a le premier aussi prouvé que, chez la femme, les kystes que l'on rencontre si fréquemment autour de l'ovaire, entre les lames du ligament large ou appendus au ligament de la trompe de Fallope, sont formés par une dilatation des tubes de l'organe de Rosenmuller, et il a supposé que les kystes du testicule, si bien décrits par M. Gosselin, devaient avoir souvent une origine analogue. Cette idée, développée par M. Verneuil, en 1852, dans son Mémoire sur les kystes de l'organe de Wolff, est celle que nous adoptons avec M. Broca et la plu-

part des chirurgiens modernes, et, comme l'auteur du *Traité des tumeurs*, nous attachons une grande importance au revêtement épithélial de la face interne des kystes, revêtement qui toutefois ne serait pas tout à fait constant.

Quant à la présence des spermatozoïdes dans quelques-uns de ces kystes, dans les plus gros, je ne reviendrai pas sur les explications qu'on en a données; je crois que les animalcules pénètrent dans les kystes par effraction, toutefois un fait observé par Laugier pourrait sembler de nature à infirmer la justesse de cette opinion. Il s'agit d'un kyste de la partie supérieure du cordon, assez éloigné par conséquent du testicule et de l'épididyme, et qui contenait cependant un grand nombre de zoospermes; comment expliquer la présence de ces derniers? M. Broca accepte dans ce cas seulement la théorie de Paget, c'est-à-dire celle de la sécrétion des animalcules par la paroi; or, je ne puis être de son avis; de même que, pour moi, les petits et les grands kystes doivent avoir la même origine, je n'admets pas que la présence de spermatozoïdes puisse recevoir deux explications aussi différentes, car la nature ne multiplie pas ainsi ses procédés pour atteindre le même but. Si la théorie de Paget est bonne dans un cas, elle peut l'être dans tous, que les kystes soient accolés au testicule ou qu'ils soient à 10 centimètres de lui, et je refuse à la paroi d'un kyste, en admettant même que celui-ci soit un tube de Wolff dilaté, le pouvoir de créer ainsi des animalcules spermatiques.

Il me répugne moins de croire qu'il puisse y avoir dans le cordon un tube, un *vas aberrans* communiquant primitivement avec le canal de l'épididyme et qui s'est plus tard oblitéré et dilaté lorsqu'il contenait des spermatozoïdes;

ceux-ci auront pu vivre ensuite dans le liquide sécrété ou plutôt exhalé par la paroi. Je sais bien tout ce que cette hypothèse a d'insuffisant, car il est étrange de voir vivre ainsi peut-être longtemps dans un kyste des spermatozoïdes, mais puisque ceux-ci vivent dans les kystes du testicule qui ne communiquent plus avec les tubes séminifères, l'explication du fait est aussi difficile à trouver dans un cas que dans l'autre. De plus, Follin nous dit qu'il a pu injecter souvent par le canal déférent ces tubes de l'organe de Wolff, plus fréquemment il est vrai indépendants; Luschka a fait plusieurs fois pénétrer du mercure par les mêmes voies dans les petits kystes désignés sous le nom d'hydatides de Morgagni; j'admettrais donc volontiers que tantôt les spermatozoïdes pénètrent par effraction dans un kyste de l'organe de Wolff primitivement indépendant, et que tantôt, au contraire, ils y sont séquestrés par l'oblitération des tubes d'abord en communication avec les voies séminifères.

Peut-être aurez-vous trouvé un peu longs, Messieurs, ces détails anatomo-pathologiques, mais ils me semblaient offrir un tel intérêt que j'ai cru devoir m'arrêter quelques instants sur un sujet qui est encore loin d'être élucidé. L'étude à laquelle nous venons de nous livrer, aura du moins pour résultat de vous bien graver dans l'esprit qu'il existe en dehors de l'hydrocèle de la tunique vaginale une variété de tumeur liquide des bourses qu'au point de vue pratique il n'est peut-être pas indispensable de nettement diagnostiquer, mais qu'il faut connaître sous peine de se montrer d'une indifférence absolue vis-à-vis des problèmes scientifiques les plus curieux.

Vous avez vu que les petits kystes ne constituaient pas une maladie proprement dite, c'est-à-dire un état pathologique

susceptible de déterminer les malades à venir réclamer nos soins, je ne vous parlerai donc pas de leur diagnostic; il n'en est pas de même des grands kystes qui peuvent acquérir le volume des hydrocèles de la tunique vaginale et que, par conséquent, vous devez savoir reconnaître et guérir. En vous les décrivant, je vous ai fourni tous les éléments de diagnostic propres à vous permettre de les distinguer de l'hydrocèle ; ces éléments ne sont pas nombreux, mais ils sont significatifs au plus haut point, c'est-à-dire qu'ils entraînent avec eux une certitude presque absolue. J'ai dit qu'ils n'étaient pas nombreux, ce qui peut vous faire prévoir leur valeur, aussi n'insisterai-je pas longtemps sur ce sujet.

Le kyste spermatique constitue une tumeur d'abord petite et qui grossit lentement, sans douleur et sans que la peau subisse aucun changement de couleur; elle n'occasionne en général au malade qu'une certaine gêne en rapport avec son volume, toutefois, Curling dit avoir remarqué qu'elle est souvent plus douloureuse que l'hydrocèle ordinaire.

Au début, le kyste est toujours distinct du testicule qu'il repousse ordinairement en bas et en avant, il semble par conséquent se développer de haut en bas, tandis que l'hydrocèle naît de bas en haut et que très-promptement le testicule entouré par le liquide ne peut être distingué qu'avec peine de la tumeur dont il occupe la partie médiane et postérieure. Dans cette première période, le malade se figure parfois avoir deux testicules d'un côté, ce qui vous prouve à quel point la glande et la tumeur sont distinctes, mais cette dernière peut être comprimée sans que la pression éveille la douleur caractéristique dont je vous ai parlé. En outre, elle n'est pas surmontée de cette sorte de cimier de

casque formé par l'épididyme au-dessus du testicule, ou si l'épididyme refoulé en haut la coiffe, la glande alors est séparée de lui par le soi-disant testicule surnuméraire ; sachez du reste que l'existence d'un troisième testicule est encore à démontrer et en tous cas, si l'on pouvait croire à la présence d'une tumeur solide, d'une hernie épiploïque adhérente par exemple, l'erreur serait dissipée dès que vous auriez reconnu la transparence.

On a prétendu que cette transparence était moindre que celle de l'hydrocèle simple et qu'il y avait là un élément de diagnostic entre les deux variétés d'hydrocèle, mais le fait est inexact. L'isolement du testicule suffit pour vous faire éloigner l'idée d'une hydrocèle ordinaire, à moins que la cavité vaginale ne soit oblitérée en partie et que le liquide qu'elle contient ne soit enfermé dans une sorte de diverticulum paraissant accolé au testicule.

Il peut arriver que, par suite d'un développement considérable, un kyste spermatique vienne à entourer complétement le testicule et que l'isolement de la glande soit impossible. Si l'on ne peut pas alors se guider sur quelque commémoratif, sur un début brusque se rapportant au moment où un tube s'est ouvert dans un petit kyste, début observé par M. Gosselin sur le mode d'accroissement de la tumeur qui aurait commencé par être située au-dessus du testicule et l'aurait entouré ensuite de haut en bas ; si, dis-je, on ne peut obtenir aucun renseignement du malade, le diagnostic entre le kyste et l'hydrocèle de la tunique vaginale est impossible. La ponction seule peut l'éclairer en vous révélant et la teinte lactescente du liquide et la présence des spermatozoïdes.

Il y a cependant de grands kystes qui contiennent, nous l'avons vu, un liquide citrin et dépourvu de spermatozoïdes.

J'ai observé un malade qui portait au-dessus de chaque testicule un kyste du volume d'une grosse noix et parfaitement transparent. Il n'y avait pas là à conserver le moindre doute sur la nature des tumeurs, mais le liquide qu'elles renfermaient était d'une transparence parfaite et nous n'avons pu y constater la présence d'un seul animalcule spermatique.

Ainsi le diagnostic dans certains cas peut être impossible, lorsque par exemple un grand kyste entoure complétement le testicule et contient un liquide sans éléments figurés. Je dirai même plus : si la tumeur n'est pas distincte du testicule et si le liquide renferme des spermatozoïdes, la découverte de ceux-ci ne vous autorise pas à affirmer l'existence d'un kyste et à repousser l'hypothèse d'une hydrocèle simple. Il peut y avoir en effet des zoospermes dans le liquide contenu dans la tunique vaginale proprement dite.

Dans ce cas, le liquide est parfois citrin et les spermatozoïdes sont en petit nombre ; ceux-ci se sont alors échappés par une piqûre faite au testicule avec la pointe du trocart, comme dans un fait rapporté par Letellier et emprunté à la pratique de Velpeau ; le liquide peut aussi être lactescent, et il est alors permis de supposer que l'instrument a ouvert un kyste à spermatozoïdes contenu dans une hydrocèle de la tunique vaginale, ou que ce kyste s'est rompu avant la ponction par suite d'une contusion, comme le fait a été observé par Curling.

Je vous ai dit, Messieurs, qu'il se forme parfois au milieu des éléments du cordon spermatique des collections séreuses qui constituent, lorsqu'elles siégent au-dessous de l'anneau inguinal externe, une variété de tumeur liquide des bourses. On donne à ces collections le nom d'*hydro-*

cèles du cordon spermatique et elles affectent deux formes bien distinctes.

Dans l'une, le liquide est infiltré dans le tissu cellulaire au milieu duquel sont plongés le canal déférent et les vaisseaux artériels et veineux. Certains anatomistes regardent ce tissu cellulaire comme formant une tunique séreuse sous-jacente au crémaster et représentant le *fascia transversalis* entraîné par le testicule dans sa descente; d'autres, au contraire, le considèrent comme un débris du canal vagino-péritonéal oblitéré au niveau de l'anneau inguinal interne, et du hile du testicule, mais, quelle que soit la valeur de ces hypothèses anatomiques, il n'en est pas moins prouvé que, sous l'influence de causes assez mal déterminées, une certaine quantité de sérosité peut s'accumuler dans les mailles de ce tissu cellulaire et les distendre au point de créer des loges plus ou moins vastes et communiquant entre elles. La tumeur ainsi formée et qu'on nomme aujourd'hui *hydrocèle diffuse du cordon* a été on ne peut mieux décrite par Pott, sous le titre d'*hydrocèle des cellules de la tunique commune*. Rarement très-volumineuse, elle peut contenir cependant jusqu'à 500 ou 600 grammes de liquide, comme l'a observé une fois Bertrandi. En réalité, cette hydrocèle diffuse n'est qu'un œdème très-comparable à celui des bourses, œdème qui peut s'étendre du hile du testicule à l'anneau inguinal interne en dilatant l'anneau externe, ou rester limité à la portion scrotale du cordon.

Rien n'est plus facile que de distinguer cette tumeur de l'hydrocèle de la tunique vaginale, car, comme l'hydrocèle enkystée spermatique dont je viens de vous parler, elle laisse au-dessous d'elle le testicule et l'épididyme qu'on peut toujours distinguer de la manière la plus nette. Elle augmente notablement le volume du cordon

qu'on sent au-dessous de l'anneau, quand elle ne se prolonge pas dans le trajet inguinal et en la palpant, à travers les téguments du scrotum qui ne présentent aucune altération, on croirait sentir un paquet variqueux ou une hernie épiploïque ; l'illusion est encore plus frappante si elle pénètre à travers les piliers du grand oblique.

La tumeur est cylindrique, surtout au début, et elle devient légèrement pyramidale à base inférieure quand le malade est resté quelque temps debout, car le liquide tend à s'accumuler dans les parties déclives. Elle est fluctuante ou plutôt de consistance pâteuse, et une pression douce et soutenue semble modifier sa forme, mais elle reprend bientôt en général son aspect primitif, que le malade soit ou non dans la station verticale ; c'est là une fausse réductibilité qui peut servir à faire distinguer l'hydrocèle diffuse du cordon de la hernie épiploïque réductible qui, une fois repoussée dans l'abdomen, ne se reproduit, comme le fait remarquer Pott, que si le malade se tient debout, tousse ou fait un effort d'expiration. Quand la hernie est irréductible, il faut avouer que le diagnostic est presque impossible, à moins que l'hydrocèle ne soit uniquement extra-abdominale et qu'on ne distingue nettement le cordon au-dessous de l'anneau : car, dans le cas contraire, épiploon ou hydrocèle forment une tumeur qui remonte dans l'abdomen, et l'impulsion par la toux peut être observée dans les deux cas : du reste, vous savez combien cette impulsion est peu marquée quand un paquet épiploïque est adhérent au devant de l'anneau. Scarpa prétend bien que l'épiplocèle est irrégulière et plus volumineuse en haut qu'en bas contrairement à ce qu'on observerait, suivant lui, pour l'hydrocèle ; ce dernier signe, pour moi, n'a aucune valeur, car j'ai toujours remarqué que les épiplocèles un

peu anciennes étaient plutôt moins volumineuses à leur collet qu'à leur extrémité libre. Les commémoratifs peuvent seuls nous éclairer dans certains cas en nous renseignant sur le mode de début de la tumeur, car, quant à la transparence, si elle peut exister dans des hydrocèles volumineuses, elle est dans les petites presque impossible à constater.

Je ne suis entré dans ces détails sur l'hydrocèle diffuse du cordon, Messieurs, que pour vous présenter un tableau à peu près complet des principales tumeurs des bourses, car cette affection est des plus rares et je n'en ai jamais pour ma part observé d'exemple.

Une seconde variété d'hydrocèle du cordon spermatique, consiste dans l'existence de cavités à parois bien circonscrites, de véritables kystes, situés sous la tunique érythroïde du cordon au milieu du tissu cellulaire où dans l'hydrocèle diffuse se trouve infiltrée la sérosité. C'est là ce qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'*hydrocèle enkystée du cordon*, et ce que Pott appelait hydrocèle enkystée de la tunique commune.

Ces kystes, qu'on a observés à tout âge, même chez des vieillards, sont beaucoup plus fréquents cependant chez les enfants, ce que vous comprendrez sans peine quand vous connaîtrez leur point de départ anatomique et leur mode de formation.

Tantôt du volume d'un œuf de pigeon ou même d'un œuf de poule, ils sont généralement petits et se trouvent alors échelonnés sur divers points du trajet du cordon, mais en général la tumeur est unique, et siége alors de préférence au-dessous de l'anneau inguinal externe. Cette situation est loin cependant d'être constante, et les kystes peuvent être contenus dans le trajet inguinal, séparés des téguments par l'aponévrose d'insertion du grand oblique.

Leur forme est le plus souvent ovoïde, ils sont réguliers, sans bosselures et assez tendus pour que la fluctuation ne soit pas toujours nettement perceptible. Ils contiennent un liquide séreux limpide qui, au dire de Curling, ne renfermerait pas d'albumine, assertion assez étrange qui aurait besoin, je crois, d'être vérifiée et ne doit pas être admise sans preuves suffisantes.

La tumeur, à supposer que le kyste soit unique, se développe lentement, sans douleur, et reste habituellement indolente, bien qu'on l'ait vue donner lieu à des accidents analogues à ceux de l'étranglement herniaire. Elle est généralement située en avant des éléments du cordon parfois dissociés et toujours au-dessus du testicule comme l'hydrocèle diffuse. On la déplace facilement et elle se meut sous des pressions de haut en bas et de bas en haut, mais ces pressions ne modifient ni sa forme ni son volume et elle est irréductible. Si elle se trouve au-dessous de l'anneau, on ne peut le lui faire franchir; si, au contraire, elle est contenue dans le trajet inguinal, il est quelquefois possible de la refouler dans la cavité abdominale, mais entre le refoulement et la réductibilité, il y a cette différence que dans le premier cas la tumeur n'en persiste pas moins et ne se cache que provisoirement pour reparaître ensuite avec sa forme et son volume primitifs. Lorsqu'elle occupe le scrotum, on peut y constater de la transparence, si elle est assez volumineuse; on sent au-dessus d'elle le cordon qui pénètre dans l'anneau, à moins qu'elle ne soit appliquée contre lui, ce qui est assez fréquent, ou n'occupe à la fois et le scrotum et le trajet inguinal. C'est surtout alors que l'hydrocèle enkystée peut être confondue avec une hernie soit intestinale, soit épiploïque, mais quant à l'hydrocèle enkystée du cordon purement scrotale qui nous intéresse

ici spécialement, on la reconnaîtra à son mode de développement, à sa transparence, à sa forme, à sa mobilité de haut en bas et à l'impossibilité qu'on éprouve à la réduire.

Je vous ferai remarquer ici qu'il ne faut pas compter d'une manière trop absolue sur la transparence pour distinguer une tumeur séreuse d'une hernie épiploïque, car on a cité quelques cas où l'épiploon était transparent comme le sont certains lipomes.

Il est vrai que bien des hernies sont irréductibles, mais cette irréductibilité, qui complique fréquemment les vieilles hernies, est très-exceptionnelle chez les sujets jeunes, et principalement chez les enfants; or c'est surtout chez ces derniers que se rencontre l'hydrocèle enkystée du cordon qui, le plus souvent, peut être nettement circonscrite à sa partie supérieure.

Ne doit-il pas nous arriver souvent, Messieurs, en présence d'une tumeur ovoïde, fluctuante, transparente, etc., située au-dessus du testicule et au-dessous de l'anneau, d'hésiter entre une hydrocèle enkystée du cordon et une hydrocèle enkystée du testicule? Je ne discute pas le diagnostic avec l'hydrocèle de la tunique vaginale, car nous avons vu que, dans cette variété de tumeur, le testicule ne peut souvent être reconnu que par l'examen à la lumière, ou grâce à la sensation qu'on provoque par une pression; quant à la question que je me pose ici, elle n'est pas susceptible, ce me semble, de recevoir une réponse complétement satisfaisante.

Curling nous dit que, quelle que soit la connexion apparente du kyste du cordon avec le testicule, on peut l'en isoler, tandis que, si l'on repousse vers l'anneau une hydrocèle enkystée de l'épididyme, le testicule se meut avec la tumeur. Soit; j'admets que ce signe soit bon lorsque le

kyste du cordon est petit, et par conséquent mobile de bas en haut ; mais s'il est gros et occupe tout l'espace compris entre la glande et l'anneau, comment constater sa mobilité dans le sens vertical et savoir si oui ou non le testicule le suit dans son déplacement ? Le problème, Messieurs, me paraît insoluble ou du moins non résolu.

Rappelez-vous ce fait que je vous ai cité, et qui appartient à Laugier : un kyste situé à la partie supérieure du cordon, près de l'anneau, assez loin par conséquent du testicule, contenait un liquide où s'agitaient de nombreux spermatozoïdes. Était-ce là, vous disais-je, un kyste dans lequel les animalcules avaient été sécrétés sur place ? Et cette opinion, je la repoussais. Était-ce, au contraire, une hydrocèle enkystée de l'épididyme séparée de la glande et formée au dépens du corps de Giraldès ou du *vas aberrans?*

Ce qui donne du poids à cette dernière hypothèse à laquelle je me rallie, c'est l'autorité de M. Giraldès qui, dans un Mémoire publié en 1861, a considéré les hydrocèles enkystées du cordon comme ayant leur point de départ dans les rudiments du corps de Wolff. Il me paraît démontré que souvent telle est l'origine des kystes du cordon, surtout lorsqu'ils contiennent des spermatozoïdes. La distinction établie nettement par les auteurs entre les hydrocèles enkystées de l'épididyme et ceux du cordon est beaucoup trop absolue, mais il est certain cependant que les kystes du cordon sont le plus souvent formés, soit par la condensation de la membrane commune, pour employer l'expression de Pott, c'est-à-dire par la condensation du tissu cellulaire, soit, et cette origine doit être la plus fréquente, par un défaut d'oblitération du conduit vagino-péritonéal en certains points.

Ainsi s'explique très-bien la formation de ces petits kystes multiples, en chapelet, observés par Ledran et ces cavités séreuses superposées le long du cordon et communiquant entre elles qu'a décrites M. J. Cloquet; ce dernier auteur a vu un de ces kystes, le plus élevé de tous ceux qui composaient la tumeur, communiquer assez largement avec la cavité péritonéale, et Curling a observé, de son côté, sur le cadavre d'un jeune homme de dix-huit ans, un kyste du cordon au-dessus duquel se trouvait une cavité étroite et vide, à collet rétréci et ouverte dans l'abdomen.

S'agissait-il, dans le fait du chirurgien anglais, d'un sac herniaire déshabité? La chose est possible, mais peut-être cette cavité n'avait-elle jamais contenu ni intestin ni épiploon, et n'était-elle qu'un vestige du conduit vagino-péritonéal non encore oblitéré à son extrémité supérieure? L'âge du sujet est une raison à faire valoir à l'appui de cette interprétation, et la migration du testicule, ainsi que la persistance du conduit vagino-péritonéal, jusqu'à la fin de la vie intra-utérine, et même pendant la première enfance, peuvent nous faire comprendre tout à la fois le mode de formation des hydrocèles et des hernies congénitales, et l'origine du plus grand nombre des hydrocèles enkystées du cordon spermatique.

Nous venons, Messieurs, de passer en revue trois grandes variétés de tumeurs liquides des bourses, hydrocèles de la tunique vaginale, hydrocèles enkystées de l'épididyme et hydrocèles du cordon; quelques mots maintenant des *hydrocèles des sacs herniaires*, que ceux-ci soient congénitaux et susceptibles de se transformer par l'oblitération de leur collet en hydrocèles enkystées du cordon, ou qu'ils soient en quelque sorte acquis, c'est-à-dire formés après la dis-

parition complète du conduit vagino-péritonéal, par l'issue du péritoine hors de la cavité abdominale.

Il se produit assez souvent un épanchement séreux dans un *sac herniaire habité*, que la hernie soit ou ne soit pas réductible. L'hydrocèle peut, en second lieu, siéger dans un *sac herniaire déshabité*, et alors, de deux choses l'une, ou le sac communique avec la cavité abdominale par un collet trop étroit pour laisser passer soit une anse intestinale, soit une frange épiploïque, ou le collet est oblitéré par l'adhésion de ses parois, par le rétrécissement progressif de sa circonférence, ou par suite de l'adhérence d'une anse d'intestin ou d'une portion d'épiploon à son orifice. Examinons rapidement la physionomie des tumeurs qui correspondent à ces dispositions anatomiques.

D'une manière générale, on doit dire que les tumeurs liquides développées au dépens de la cavité d'un sac herniaire qui s'est produit après la disparition du conduit vagino-péritonéal, sont toujours situées au-dessus du testicule qui reste par conséquent distinct. Il y a cependant quelques exceptions à cette règle, car lorsqu'un sac herniaire, habité ou non, est fortement distendu par du liquide, il est possible qu'on ne puisse pas sentir le testicule appliqué et comprimé sur cette tumeur volumineuse; je reviendrai sur ce fait à propos du diagnostic.

Quand d'autre part le canal vagino-péritonéal persiste, il constitue un véritable sac tout disposé à recevoir, soit une anse intestinale, soit du liquide ascitique, d'où les variétés de *hernies* et d'*hydrocèles*, dites *congénitales*. On peut, ce me semble, considérer ces hydrocèles plutôt comme des hydrocèles dans un sac herniaire que comme des tumeurs de la tunique vaginale, car celle-ci n'existe, à proprement parler, que quand elle forme une cavité close. Une her-

nie peut remplacer une hydrocèle et inversement, ou les deux affections peuvent coïncider, aussi proposerais-je volontiers d'établir une classe à part parmi les tumeurs des bourses pour celles qui ont pour siége la tunique vaginale non oblitérée.

Ces tumeurs, qu'elles soient formées par l'intestin seul, par du liquide ou par une anse intestinale et un épanchement séreux tout à la fois, ces tumeurs, dis-je, ont pour caractère commun d'englober le testicule comme les tumeurs de la tunique vaginale ; la glande n'est donc isolable qu'après la réduction dans la cavité abdominale, soit de la hernie, soit du liquide.

Je passe sous silence le diagnostic entre la hernie et l'hydrocèle simple ; celle-ci se reconnaîtra à la transparence, à la matité, à l'absence de gargouillement, etc., je ne veux insister que sur ce point capital : une tumeur des bourses réductible, et ne permettant pas de distinguer le testicule au-dessous d'elle avant qu'elle ait été réduite, est presque toujours formée, soit par une hernie intestinale ou intestino-épiploïque, soit par un épanchement dans e conduit vagino-péritonéal, c'est-à-dire dans un sac herniaire congénital.

Dire qu'une hernie ou qu'une hydrocèle est congénitale, parce qu'elle siége dans le conduit vagino-péritonéal, est, suivant moi, employer une expression vicieuse, car hernie ou hydrocèle peuvent ne se produire jamais, ou apparaître longtemps après la naissance ; c'est le sac seul qui est congénital, la tumeur peut ne pas l'être, et cette petite réforme apportée dans le langage chirurgical me paraît de nature à permettre de bien préciser le rapport de la disposition anatomique à la lésion.

La présence d'une certaine quantité de liquide séreux ou

séro-sanguinolent dans un sac herniaire habité par une anse intestinale ou une frange épiploïque, ne constitue pas une hydrocèle à proprement parler, quand ces organes sont réductibles ou momentanément irréductibles par étranglement; c'est là une complication sans grande importance de la maladie principale. Dans le sac des vieilles hernies irréductibles, au contraire, il peut se produire d'énormes épanchements qui entrent pour une large part dans le volume des tumeurs, et pourraient être confondus avec des hydrocèles ordinaires après un examen superficiel. Ces variétés d'hydrocèles du sac avec viscères sont appelées par Curling *hydrocèles fausses du sac.*

Le liquide comme les viscères est tantôt réductible, tantôt irréductible; dans les deux cas, les commémoratifs, les troubles intestinaux, la sonorité ou l'existence d'un pédicule, l'impossibilité de sentir le cordon et la situation du testicule vous feront reconnaître qu'il s'agit d'une hernie.

Si la hernie est irréductible depuis longtemps, et si la tumeur a pris peu à peu de l'accroissement, vous pourrez en conclure qu'il s'est produit un épanchement dans le sac; quelquefois le liquide peut être réduit sans que les viscères se laissent refouler dans l'abdomen, mais souvent aussi les anses intestinales non adhérentes au collet viennent en boucher l'orifice lorsqu'on cherche à expulser du sac le liquide.

Lorsque la tumeur est en totalité réductible, il faut, pour s'assurer de la présence du liquide, faire lever le malade après la réduction opérée dans le décubitus dorsal, et appliquer légèrement le doigt sur l'anneau; la tumeur se reproduit alors spontanément sous l'influence du changement de position ou après quelques efforts de toux, mais elle n'at-

teint pas son volume primitif ; le doigt sent souvent, en outre, un léger frémissement lors du passage du liquide, et si vous cessez ensuite toute compression, la tumeur grossit subitement pendant un effort ; cette augmentation brusque du volume répond à la rentrée dans le sac des anses intestinales.

Le même mode d'exploration convient pour distinguer l'hydrocèle congénitale de la hernie congénitale. Dans les deux cas, la tumeur a pour caractère commun d'envelopper le testicule, qu'il est difficile de reconnaître à la palpation, dans les deux cas, la tumeur remplit le scrotum, se prolonge dans l'anneau et le trajet inguinal, reçoit une impulsion lorsqu'on fait tousser le malade et est réductible, mais l'une est transparente et l'autre ne l'est pas, à moins que le sac habité par l'intestin ne contienne en même temps beaucoup de sérosité ; enfin, une pression superficielle exercée à l'anneau après réduction permet au liquide seulement de descendre dans la cavité vagino-péritonéale, c'est-à-dire dans le sac.

Les *sacs herniaires déshabités* peuvent, je vous l'ai dit, Messieurs, contenir de la sérosité et constituer des tumeurs scrotales qui ne sont plus, par conséquent, des hernies et doivent être distinguées des hydrocèles de la tunique vaginale ou du cordon. Je ne parle ici que des sacs herniaires non congénitaux, c'est-à-dire apparus dans la région scrotale après l'oblitération du conduit vagino-péritonéal.

M. S. Duplay, dans une excellente thèse sur les collections séreuses et hydatiques de l'aine, thèse que vous lirez avec fruit, a établi avec juste raison une distinction entre les hydrocèles de sacs en communication avec le péritoine, bien que déshabités, hydrocèles qu'il appelle *pseudo-kystes sacculaires*, et les hydrocèles des sacs herniaires dont l'iso-

ement est parfait, tumeurs qu'il désigne sous le nom de *kystes sacculaires*.

Tous ces kystes ont une paroi plus ou moins épaisse, et contiennent de la sérosité susceptible d'être remplacée quelquefois par un liquide séro-purulent, séro-sanguin, purulent ou hématique; ils sont souvent entourés d'une couche assez épaisse de tissu adipeux, et je vous rappellerai seulement le rôle que les chirurgiens ont fait jouer à cette graisse, qu'ils ont considérée, les uns comme le résultat de la guérison de la hernie, les autres comme la cause de l'issue du péritoine hors de l'abdomen.

Les pseudo-kystes ont généralement un collet assez étroit, sinon les viscères rentreraient dans le sac; ce collet s'est rétréci graduellement après la réduction de la hernie, en général sous l'influence de l'inflammation adhésive causée par la pression d'une pelote, et souvent c'est cette même inflammation non adhésive cette fois, mais produite par la même cause, qu'on peut invoquer pour expliquer l'apparition de l'épanchement. Le sac communique souvent avec la cavité péritonéale par un véritable canal, plus ou moins long et plus ou moins étroit, si étroit dans certains cas qu'il est difficile de refouler le liquide dans l'abdomen. Un degré de plus dans le rétrécissement du collet et le kyste sacculaire se substitue au pseudo-kyste. Cependant le kyste n'a pas toujours pour origine, outre l'accumulation du liquide, le rétrécissement graduel du collet, tel que l'a le premier indiqué Saviart; il résulte souvent de l'adhérence au niveau de l'orifice du sac, soit d'anses intestinales, soit de franges épiploïques. Ces différences d'origine nous expliquent comment le point qui répond à l'ancien collet est tantôt adossé au péritoine et tantôt séparé de la séreuse par un pédicule plein dont la longueur varie.

Les kystes sacculaires peuvent donc paraître indépendants du péritoine et simuler soit une hydrocèle de la tunique vaginale, soit une hydrocèle enkystée du cordon dont ils ont souvent la forme ovoïde et la transparence ; il n'est possible parfois de les distinguer de ces tumeurs qu'à l'aide des commémoratifs. Il paraît probable du reste que quelques hydrocèles enkystées du cordon ne sont dans certains cas que des kystes sacculaires, de même que certaines hydrocèles du conduit vagino-péritonéal oblitéré à son extrémité supérieure, ne sont que des hydrocèles consécutives à la guérison d'une hernie dite congénitale.

L'hydrocèle de la tunique vaginale sera aisément distinguée d'un kyste sacculaire, à moins que celui-ci ne soit bien volumineux, et se reconnaîtra à l'impossibilité de sentir nettement le testicule qui est au contraire presque toujours plus ou moins éloigné d'un sac herniaire distendu par un épanchement. Quant à l'hydrocèle du cordon, ce qui rend son diagnostic difficile, c'est que comme le kyste sacculaire, elle est distincte du testicule, mais à supposer que le kyste n'ait pas de pédicule et descende très-bas, on se fondera pour reconnaître la nature de la tumeur sur son volume plus considérable en cas de kyste, sur l'âge des malades et enfin sur les commémoratifs.

Si malgré le canal ou l'orifice qui met la cavité des pseudo-kystes sacculaires en communication avec l'abdomen, des pressions méthodiques ne peuvent chasser le liquide dans la cavité péritonéale, la physionomie de ces tumeurs sera la même que celle des kystes sacculaires et leur diagnostic s'appuiera sur les mêmes considérations. Si au contraire, ce qui est le cas le plus habituel, le liquide est réductible, on ne pourra hésiter qu'entre une hernie ou une hydrocèle dite congénitale ; la confusion avec une hernie

réductible est trop facile à éviter pour que j'insiste sur les éléments d'un semblable diagnostic, et quant à la distinction à établir entre le pseudo-kyste et l'hydrocèle congénitale, elle sera fondée principalement sur la situation du testicule et un peu sur l'âge des malades, les hydrocèles comme les hernies congénitales se rencontrant surtout chez les jeunes sujets.

Il peut exister dans la région scrotale des kystes siégeant dans de véritables bourses séreuses accidentelles, développées autour d'un sac herniaire habité. Ces kystes, qui ne sont autre chose que des hygromas, ont été divisés par M. Duplay en *kystes pré-herniaires* et *kystes péri-herniaires* d'après leurs rapports avec le sac ; ils ont été, du reste, plus souvent observés au voisinage des hernies crurales qu'autour des hernies scrotales, et toujours on les méconnus avant de pratiquer les opérations que des accidents d'étranglement rendaient nécessaires, aussi me contenterai-je de vous les signaler.

Telles sont, Messieurs, les principales variétés de tumeurs séreuses des bourses sur lesquelles je désirerais appeler votre attention ; vous devez avoir remarqué combien le diagnostic de quelques-unes d'entre elles repose sur des signes peu nombreux, et présente des difficultés lorsqu'on veut préciser le siége anatomique de la maladie. Il est cependant de la plus haute importance de se former une opinion exacte sur la variété de tumeur à laquelle on a affaire, car vous comprenez combien il serait dangereux de confondre une hernie avec une hydrocèle, ou de méconnaître la communication d'une cavité séreuse scrotale avec la cavité abdominale. N'oubliez pas aussi que des hydrocèles enkystées du cordon et des épanchements dans un sac herniaire déshabité ont pu donner lieu à tous les sym-

ptômes de l'étranglement herniaire. Un bon diagnostic vous évitera donc de porter un pronostic trop grave en présence de certains accidents, et j'ajouterai que, si une erreur n'aurait pas ici grand inconvénient, puisqu'elle ne pourrait vous conduire qu'à pratiquer une opération utile, l'incision de la tumeur, il n'en est pas moins vrai qu'il serait préférable, au point de vue de votre réputation, de ne pas paraître surpris lors de l'ouverture d'un sac ou d'une cavité kystique, de n'y pas trouver ce que vous cherchiez, c'est-à-dire une anse intestinale étranglée.

Je ne vous parlerai pas des diverses combinaisons possibles de toutes ces tumeurs entre elles : kyste spermatique et hydrocèle de la tunique vaginale; hydrocèle vaginale et hydrocèle du cordon ; hydrocèle vaginale, hydrocèle enkystée du cordon et hydrocèle dans un sac herniaire déshabité, comme dans l'observation de Ledran; ces combinaisons, vous pouvez les prévoir, et vous reconnaîtrez les différentes variétés de tumeurs aux caractères qui sont propres à chacune d'elles.

Il me resterait, pour terminer cet exposé des tumeurs liquides des bourses, à vous faire brièvement l'histoire des *hématocèles de la région;* cette étude malheureusement m'entraînerait trop loin, aussi me bornerai-je à quelques considérations générales qui suffiront, j'espère, pour vous faire comprendre comment on les doit envisager.

On a divisé avec raison les hématocèles en deux grandes classes : les hématocèles traumatiques et les hématocèles spontanées. Les premières ne sont que des épanchements sanguins dans les mailles du tissu cellulaire ou dans des cavités préexistantes, je laisse de côté les hématocèles du testicule. Ces épanchement sont consécutifs, soit à une rupture, soit à une piqûre ou à la section des vaisseaux du

scrotum ou du cordon; ils siégeront donc, ou dans les mailles du scrotum, dans sa tunique celluleuse, ou dans le tissu cellulaire du cordon; enfin ils pourront occuper, soit la cavité vaginale, soit l'intérieur d'une des cavités kystiques que nous venons de passer en revue; le sang pourra s'accumuler par conséquent, ou dans une cavité normale, ou dans une cavité accidentelle, telle qu'une hydrocèle enkystée du cordon, un kyste spermatique, un sac herniaire habité ou non, clos ou en communication avec le péritoine. De là, vous le voyez, *autant de variétés d'hématocèles traumatiques, que nous avons décrit d'espèces d'hydrocèles*, c'est-à-dire de tumeurs séreuses; ces hématocèles se produisent sans aucune altération organique des parois.

Quant aux *hématocèles dites spontanées*, je les soupçonne d'être aussi tant soit peu traumatiques, mais elles ne surviennent que comme un épiphénomène des modifications que subissent les parois des cavités à contenu primitivement séreux. C'est vous dire qu'il n'y a pas d'hématocèles spontanées de la tunique celluleuse du scrotum, ni d'hématocèles spontanées diffuses du cordon répondant à ce que Pott décrivait sous le nom d'*hydrocèle des cellules de la tunique commune.*

On n'a pas, suivant moi, assez insisté sur ce fait, que tout épanchement séreux de la cavité vaginale est, en somme, l'expression d'un certain état inflammatoire de la séreuse, état latent, je le veux bien, dans la plupart des cas, mais néanmoins réel, car, sans lui, comment comprendre l'épanchement en dehors des altérations du sang ou des troubles de la circulation qui président à l'apparition des œdèmes en général? Ce qui vient à l'appui de notre opinion, c'est que nous voyons invoquer à juste titre comme causes d'épanchement, soit une affection testiculaire pour

l'hydrocèle vaginale, soit l'issue du sperme pour l'hydrocèle spermatique, soit enfin la pression exercée par un bandage pour les kystes sacculaires. Une pleurésie, pour se développer sourdement, pour être latente, n'en est pas moins une inflammation de la plèvre, et vous savez que les épanchements pleuraux les plus abondants ne sont pas toujours ceux qui font le plus de fracas et s'accompagnent des symptômes fonctionnels les plus marqués.

Pour moi, l'hydrocèle n'est donc qu'une vaginalite latente, et dans toute exsudation séreuse à l'intérieur d'une cavité kystique, il existe un élément inflammatoire. Si l'on se refuse à admettre cette proposition, on ne pourra pas nier du moins que tout kyste ne puisse s'enflammer, aussi voit-on dans le scrotum, comme partout ailleurs, les cavités contenant primitivement de la sérosité renfermer dans certains cas un liquide séro-purulent ou franchement purulent. Tout épanchement pleural ne devient pas purulent, mais presque toutes les pleurésies par contre s'accompagnent de la production de fausses membranes qui doublent la paroi pleurale et finissent par se confondre avec elle et par s'organiser. En poursuivant notre comparaison, nous voyons les choses se passer de même dans les hydrocèles, soit de la tunique vaginale, soit des sacs herniaires. Les parois s'épaississent et des vaisseaux de nouvelle formation s'y développent par bourgeonnement aux dépens des capillaires primitifs ; bientôt le terrain se trouve ainsi préparé pour des hémorrhagies intracavitaires par rupture de ces capillaires jeunes à paroi unique qui, au moindre choc, se déchirent et versent du sang dans les cavités.

En résumé, l'hématocèle peut faire ici pendant à ce qu'on a appelé l'*hémothorax non traumatique*, et serait mieux nommée *vaginalite hémorrhagique*, mot qui aurait

l'immense avantage, étant formé comme ceux de *pleurésie* et de *péricardite hémorrhagique*, de rappeler l'identité du processus morbide dans ce groupe d'affections.

Ces hématocèles, me direz vous, sont-elles réellement spontanées? A cette question, Messieurs, je répondrais volontiers non. Si l'on suppose les fausses membranes en train de s'organiser à l'abri de toute compression brusque, de tout frottement, il est difficile de concevoir pourquoi leur organisation ne se compléterait pas. Mais dans la région scrotale plus qu'ailleurs se produisent des chocs d'une manière fatale, chocs légers souvent, que les malades ne sentent pas, ou dont ils peuvent perdre le souvenir, mais qui suffisent pour expliquer une rupture des petits vaisseaux, rupture qui paraît ainsi spontanée. La fréquence relative des péricardites hémorrhagiques ne reconnaît peut-être pour cause que le frottement plus de soixante fois répété par minute des surfaces les unes contre les autres, et si les hémothorax sont plus rares, c'est peut-être que les inspirations sont de beaucoup moins fréquentes que les battements du cœur et les frottements des surfaces pleurales moins énergiques que ceux qui se produisent entre les feuillets du péricarde. Pour moi, le mot d'*hématocèle spontanée* signifie simplement ceci, c'est que la rupture des vaisseaux a lieu sous l'influence des traumatismes les plus légers, vu l'altération des parois cavitaires.

Du jour où l'on comprendra bien que l'hématocèle spontanée n'est pas une maladie *totius substantiæ* mais seulement une complication des hydrocèles en général, on cessera de s'étonner de confondre si souvent une hématocèle avec une hydrocèle et réciproquement, quand toutefois la transparence n'aura pas pu être constatée. Retenez donc qu'une vieille hydrocèle avec épaississement parfois carti-

lagineux des parois, et n'offrant par conséquent aucune transparence, peut contenir du sang en plus ou moins grande quantité, et plus ou moins altéré, sans qu'il soit possible de deviner quelle est la nature du liquide.

La ponction évacue-t-elle de la sérosité ? c'est, dit-on, une hydrocèle ; s'écoule-t-il un liquide couleur marc de café, rougeâtre ou manifestement sanguin ? c'est une hématocèle ; bien des praticiens confessent ainsi après la ponction des erreurs de diagnostic qui étaient inévitables, car ils manquaient de preuves suffisantes pour être en mesure de spécifier la nature du liquide contenu dans la tumeur. On reconnaîtra que ce ne sont pas là de véritables erreurs de diagnostic du jour où les idées que je viens de développer devant vous auront cours dans la science, et lorsqu'on aura assigné à l'hématocèle dans le cadre nosologique le rang subalterne qu'elle doit occuper.

Est-ce à dire que le diagnostic de l'hématocèle soit toujours impossible à poser ? Non certes. Je ne fais pas allusion ici aux hématocèles traumatiques. Celles-ci, outre qu'on remonte facilement à leur étiologie, s'accompagnent généralement d'ecchymoses du scrotum ou de la région inguinale ; un épanchement sanguin d'origine traumatique dans la tunique vaginale, dans le tissu cellulaire du cordon ou dans une hydrocèle préexistante, se reconnaît en général facilement ; tantôt c'est une tuméfaction qui survient brusquement, tantôt c'est une tumeur préexistante qui augmente de volume, ou qui de transparente qu'elle était devient subitement opaque. Dans certains cas enfin, la fluctuation fait place au bout d'un temps variable à une consistance pâteuse, indice des modifications que subit le sang dans la cavité. Je n'insiste pas sur ces diagnostics faciles, et je vous répète ici qu'à

chaque variété d'hydrocèle connue répond une hématocèle traumatique.

J'en dirai tout autant de l'hématocèle spontanée, mais ce qui rend celle-ci si difficile à découvrir, c'est qu'elle se produit sans cause appréciable dans une poche à parois nécessairement épaisses, opaque et dans laquelle on ne peut pas apprécier les modifications de consistance qu'entraînent les altérations ou les changements de nature du liquide. Ainsi s'explique aussi la facilité avec laquelle on confond certains sarcocèles un peu mous et comme fluctuants, et entre autres les sarcocèles kystiques, ces tumeurs décrites par A. Cooper sous le nom de *maladie kystique du testicule*, soit avec des hydrocèles non transparentes, soit avec des hématocèles spontanées.

Nous sommes bien loin, Messieurs, du malade dont je vous traçais l'histoire au début de cette leçon, revenons-y toutefois en finissant et portons le diagnostic de la tumeur qui l'amène à l'hôpital. Ma tâche est singulièrement simplifiée par les détails dans lesquels j'ai cru devoir entrer et vous me comprendrez maintenant à demi-mot. La tumeur qui a récidivé pour la troisième fois est une tumeur liquide; en aucun point on ne trouve de transparence. Or une tumeur semblable, manifestement liquide et non transparente, ne peut être qu'une hydrocèle à paroi épaisse, ou contenant un liquide plus ou moins foncé. Ici les parois sont souples et paraissent peu épaisses, d'où il s'ensuivrait que nous n'aurions pas affaire à une hématocèle-type et que le liquide ne serait pas très-altéré. La tumeur remonte jusqu'à l'anneau par le fait de son volume et descend jusqu'au testicule, mais celui-ci n'est pas englobé dans la poche et reste parfaitement distinct. Nous pouvons conclure de là que le liquide ne siége pas dans la tunique vaginale.

Je laisse de côté l'hypothèse d'une hernie, la tumeur est irréductible, mate, sans pédicule profond, ne reçoit aucune impulsion par la toux, enfin le malade n'a jamais eu de hernie, et les commémoratifs nous donnent le droit de supposer qu'il s'agit là d'une collection liquide située ailleurs que dans un sac herniaire. Nous sommes donc conduits, vous le voyez, à diagnostiquer, soit un grand kyste du testicule, soit une volumineuse hydrocèle du cordon, avec une certaine opacité du liquide, ou un léger épaississement des parois.

J'avoue que préciser davantage me semble difficile ; les hydrocèles enkystées du cordon sont rarement aussi volumineuses, et se voient peu chez les vieillards, mais rappelez-vous que la tumeur est apparue pour la première fois en 1827 ; le malade avait alors vingt-quatre ans, et à cet âge les hydrocèles du cordon ne sont pas très-exceptionnelles. Rien d'étonnant donc que la poche n'ayant pas été complétement oblitérée, lors de la première opération, soit devenue le siége de nouveaux épanchements successifs.

N'oubliez pas non plus que le malade indique d'une manière précise, et ses souvenirs ne le trompent évidemment pas, que sa tumeur s'est développée la première fois déjà de haut en bas, semblant repousser devant elle le testicule. Ce qui me porterait à admettre l'hydrocèle du cordon, c'est que le malade insiste sur la limpidité du liquide évacué la première fois, mais d'autre part il nous dit que, lors de la seconde opération, le liquide était opaque. Donc, de deux choses l'une, ou la tumeur est une hydrocèle enkystée du cordon et, à la suite de l'inflammation et de l'épaississement de la poche, le liquide aura perdu sa limpidité et la tumeur sa transparence, ou nous sommes en présence d'un kyste spermatique ayant contenu primitivement un liquide sans

spermatozoïdes et dans lequel ceux-ci auront pénétré à la suite d'une piqûre du testicule; enfin nous savons que très-exceptionnellement les hydrocèles enkystées du cordon peuvent contenir des animalcules spermatiques, et que M. Giraldès les considère comme très-analogues aux kystes spermatiques proprement dits, puisqu'il les fait naître comme ceux-ci des débris du corps de Wolff. Pour moi, en l'absence de renseignements plus précis sur la nature du liquide évacué par les premières ponctions, je suis tenté de considérer la tumeur que nous avons sous les yeux comme une hydrocèle du cordon.

Le seul mode de traitement qui convienne à presque toutes les tumeurs séreuses des bourses, Messieurs, consiste dans l'évacuation du liquide, suivie d'une injection iodée dans la cavité. Si cependant les parois d'une hydrocèle sont épaisses et doublées de fausses membranes, si la tunique vaginale contient du sang altéré ou des caillots, si en un mot il s'agit d'une hématocèle dite spontanée, il peut devenir nécessaire d'inciser la tumeur et de faire suppurer sa cavité, ou de pratiquer, soit la décortication du testicule, soit même la castration; au contraire, dans toutes les tumeurs à parois minces et contenant un liquide séreux, la ponction et l'injection sont en général des moyens suffisants pour amener la guérison.

Avant de pratiquer l'opération, il est nécessaire de s'assurer que l'hydrocèle, quel que soit son siége, ne communique pas avec l'abdomen, sinon il faudrait exercer une compression assez énergique au niveau de l'anneau inguinal pendant les deux ou trois minutes que séjourne dans la cavité le liquide injecté. Quelques chirurgiens ont pensé que, cette précaution est insuffisante pour mettre dans ces cas les malades à l'abri d'une péritonite qui peut succéder

à l'inflammation, soit de la tunique vaginale non oblitérée, soit d'un sac herniaire déshabité, mais non parlaitement clos, aussi ont-ils proposé d'ajourner toute tentative de guérison radicale jusqu'à ce que la communication de la cavité de la tumeur avec celle du péritoine soit interrompue. Une compression faite au moyen d'un bandage bien appliqué sur le canal inguinal et porté un certain temps, est capable de provoquer l'adhésion des surfaces séreuses du trajet, et ce premier succès obtenu, il serait sans danger de pratiquer ensuite une injection dans la tumeur.

Je regarderais comme imprudent de faire pénétrer dans une hydrocèle congénitale par exemple, lorsque la cavité n'est pas close, un liquide aussi irritant que le vin chaud ou l'alcool dont on se servait autrefois, mais aujourd'hui que l'on emploie la teinture d'iode, peut-être nous est-il permis de nous montrer plus hardis, surtout si nous ne négligeons pas d'appliquer, pendant et après l'injection, un bandage fortement compressif sur l'anneau inguinal.

Dans les cas d'hydrocèle simple de la tunique vaginale, et d'une manière générale dans toutes les tumeurs séreuses des bourses, il est bien prouvé que la ponction seule est presque constamment suivie de récidive; quant aux applications topiques de toute espèce qui ont été essayées, elles sont absolument sans efficacité. Je ne discuterai même pas la valeur de l'incision et de l'excision de la tumeur, car ces méthodes, comme celle du séton, ont à peine actuellement un intérêt historique; il est évident qu'on doit faire tous ses efforts pour éviter la suppuration de la cavité séreuse.

Anciennement, lorsqu'on eut compris le but qu'il faut atteindre et les inconvénients des procédés dans lesquels la surface interne de la poche est exposée au contact de l'air, on fit des injections de vin chaud, d'alcool ou tout autre

liquide irritant, et l'on se proposait ainsi de provoquer une inflammation, dite adhésive, de toute la surface séreuse, inflammation à laquelle devait succéder une oblitération de la cavité.

Ces injections constituaient déjà un immense progrès sur les méthodes anciennes, mais elles présentaient plusieurs inconvénients; d'abord elles étaient des plus douloureuses, et vous vous rappelez que notre malade se trouva mal lorsqu'on injecta du vin sucré chaud dans sa tumeur; de plus, l'inflammation de la poche était parfois tellement vive qu'elle aboutissait à la suppuration; enfin la guérison ne s'obtenait qu'au prix d'une adhérence complète du feuillet pariétal de la tunique vaginale au testicule, ainsi que Hutin, l'un des premiers, l'a démontré en s'appuyant sur des autopsies.

L'oblitération de la tunique vaginale, que produisaient pour ainsi dire constamment les injections vineuses, semblerait, d'après les recherches de M. Gosselin, entraîner la plupart du temps, sinon toujours, ce qu'il a appelé l'*anémie testiculaire*, sorte d'atrophie de la glande qui a pour conséquence l'absence d'animalcules dans le sperme; or, ce qui établit la grande supériorité des injections iodées sur toutes les autres, c'est qu'elles paraissent modifier les surfaces séreuses d'une manière suffisante pour arrêter l'exhalation du liquide, sans toutefois provoquer cette oblitération de la cavité vaginale qui compromet, sans aucun doute, les fonctions du testicule. Hutin, Velpeau, M. Boinet et d'autres ont constaté, sur le cadavre d'individus opérés par la méthode de l'injection iodée, tantôt l'absence complète d'adhérences dans la tunique vaginale, tantôt de simples oblitérations partielles, et un fait qui m'est personnel peut être ajouté à ceux qui ont été déjà cités :

Étant interne à l'hôpital de la Charité, en 1860, j'ai eu l'occasion de pratiquer, avec mon regretté collègue et ami Edmond Simon, l'autopsie d'un homme qui avait été guéri quelques années auparavant d'une hydrocèle double par des injections iodées ; des deux côtés, le feuillet pariétal de la tunique vaginale était parfaitement souple et glissait sur le testicule ; il n'y avait pas trace d'adhérence, et ni l'une ni l'autre des cavités ne contenait une seule goutte de liquide.

Les injections iodées ont sur les injections vineuses l'avantage d'être beaucoup moins douloureuses et de ne provoquer que très-exceptionnellement une inflammation susceptible d'aboutir à la suppuration ; enfin, nous avons vu que la plupart des épanchements de la tunique vaginale peuvent être considérés comme ayant pour cause une altération quelconque du testicule, et n'est-il pas admissible que cette glande soit heureusement modifiée par la teinture d'iode mise directement en contact avec sa surface ?

Toutes ces raisons, Messieurs, militent en faveur de la méthode actuelle, et quoiqu'on ait essayé récemment contre les hydrocèles des modes de traitement nouveaux et variés, tels que l'emploi de courants électriques, l'injection de quelques gouttes d'alcool dans la tumeur sans évacuation du liquide, etc., c'est, en réalité, aux injections iodées qu'il faut avoir recours pour obtenir la disparition des tumeurs séreuses des bourses à quelque variété qu'elles appartiennent.

Avant de plonger le trocart dans une hydrocèle de la tunique vaginale, vous ne devrez jamais négliger de vous assurer, à l'aide de la palpation et de l'examen à la lumière, du point où se trouve le testicule ; vous songerez à la possibilité d'une inversion et vous ferez la ponction là où la transpa-

rence sera parfaite. Si la tumeur est opaque et si la palpation ne vous fournit aucun renseignement, il faut supposer que le testicule est à sa place habituelle, c'est-à-dire à la partie moyenne de la tumeur et en arrière, la piqûre doit donc être faite en avant et en bas. Chez notre malade, la glande formant une saillie appréciable, comme dans presque toutes les hydrocèles enkystées du testicule et les hydrocèles du cordon, rien n'est plus facile que d'éviter de la blesser.

Nous nous servirons du trocart ordinaire, dit *trocart à hydrocèle*, d'un diamètre moyen, et nous l'enfoncerons brusquement dans la tumeur sur laquelle, avec la main gauche, nous aurons tendu la peau pour qu'elle ne glisse pas, choisissant un point où aucun vaisseau ne sera visible.

Après avoir retiré la tige du trocart, nous favoriserons l'écoulement du liquide en exerçant une légère pression sur la poche, et à mesure que celle-ci se videra, nous repousserons un peu la canule pour qu'elle n'abandonne pas la cavité, en ayant soin toutefois que son orifice ne vienne pas buter contre la paroi postérieure du kyste. Puis, quand celui-ci sera vide, nous injecterons dans sa cavité 60 grammes environ d'une solution contenant deux parties de teinture d'iode iodurée pour une partie d'eau; il n'est pas nécessaire que la poche soit fortement distendue, et l'on peut injecter à peu près la même quantité de liquide dans toutes les hydrocèles. On laisse séjourner la solution iodée dans la tumeur pendant environ dix minutes, puis on la fait écouler en totalité, et l'on retire brusquement la canule, en ayant soin de repousser en même temps la peau, de peur qu'elle ne soit attirée en avant par le fait de son adhérence avec l'instrument, ce qui est dou-

loureux et a l'inconvénient de favoriser le passage de quelques gouttes de teinture d'iode dans la tunique commune, au moment où l'extrémité de la canule abandonne la cavité vaginale.

Il est bon d'appliquer sur la petite plaie faite par le trocart un carré de baudruche collodionnée ou de diachylon.

Lorsque vous pratiquerez, Messieurs, cette opération, extrêmement facile d'ailleurs, vous aurez trois écueils à éviter. Quoique la piqûre du testicule ne soit pas un accident grave, ainsi que cela a été démontré, et en particulier par Vidal (de Cassis), il faut tâcher de respecter la glande ; second lieu on doit bien s'assurer, avant de pousser l'injection, que la canule n'a pas quitté la cavité vaginale, sinon la teinture d'iode s'infiltrerait nécessairement dans le tissu cellulaire lâche du scrotum et produirait infailliblement un sphacèle des bourses plus ou moins étendu. Enfin, en retirant la canule, il faut éviter que quelques gouttes de liquide ne viennent cautériser la plaie, car il pourrait survenir à la suite de ce léger accident un abcès près du point où a été enfoncé le trocart.

L'injection iodée, quoique beaucoup moins douloureuse que les injections d'alcool ou de vin, provoque cependant d'assez vives souffrances surtout au niveau du cordon, mais celles-ci cèdent promptement à l'application sur le scrotum de cataplasmes ou de compresses imbibées d'eau fraîche. Ne négligez jamais de prévenir les malades que leur tumeur se reproduira d'abord, pour disparaître ensuite spontanément, car toujours la tunique vaginale ou le kyste où a été faite l'injection, se remplit de liquide et reprend promptement son volume primitif. Il survient même en général un peu d'œdème inflammatoire du scrotum, mais au bout de dix ou quinze jours en moyenne, l'épanche-

ment se résorbe peu à peu et finit par disparaître en totalité ; les récidives sont rares, toutefois l'exemple de notre malade nous prouve qu'elles sont possibles.

Fin de l'observation. — La tumeur contenait un liquide jaunâtre et trouble, très-fluide, dans lequel on ne put trouver un seul spermatozoïde. Le testicule, qu'il était facile d'explorer après la ponction, paraissait sain, mais un peu plus dur que celui du côté opposé. Le lendemain du jour ou l'injection iodée fut pratiquée, les bourses devinrent le siége d'un œdème inflammatoire peu prononcé et la tumeur ne tarda pas à reprendre son volume primitif; ce ne fut qu'au bout de quinze jours que l'épanchement se mit à diminuer. Le malade quitta l'hôpital trop tôt mais néanmoins presque complétement guéri.

SIXIÈME LEÇON

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Classification des fistules uro-génitales. — Mécanisme de la formation des fistules vésico-vaginales. — Examen des malades atteintes de fistule vésico-vaginale. — Historique du traitement de ces fistules. — Procédés anciens. — Méthode française. — Méthode américaine.

MESSIEURS,

L'accouchement est malheureusement la cause, dans un certain nombre de cas, de désordres qu'il appartient au chirurgien de réparer : parmi les lésions qui peuvent succéder au travail de la parturition, l'une des plus graves consiste dans la communication du réservoir de l'urine avec les cavités voisines, et l'histoire des fistules uro-génitales chez la femme est digne à bien des titres de fixer toute notre attention. Ces fistules constituent en effet une infirmité qui n'est pas en elle-même toujours sans dangers et qui devient pour les malades une source de chagrins tels que les opérations les plus pénibles et souvent les plus multipliées ne sauraient lasser leur patience.

Il importe, Messieurs, que vous connaissiez dans leurs plus minutieux détails les procédés opératoires qui, introduits depuis peu dans la science, nous permettent d'obtenir ces beaux résultats qui étonneraient tant les maîtres du siècle dernier, et l'on peut affirmer en outre que rien n'est plus intéressant à suivre que les diverses phases qu'a tra-

versées le traitement des fistules vésico-vaginales, objet de la préoccupation incessante de tous les chirurgiens et parvenu à un si haut degré de perfection depuis quelques années.

Les rapports intimes de la vessie avec l'utérus et le vagin qui lui fait suite nous expliquent la fréquence des communications qui s'établissent entre la cavité urinaire et le long canal sur lequel elle repose; l'anatomie peut de plus nous faire prévoir toutes les variétés des fistule ūro-génitales dont l'expérience de chaque jour nous fournit des exemples, aussi vous rappellerai-je brièvement les données anatomiques qu'il est indispensable d'avoir présentes à l'esprit pour saisir la description des lésions que je veux étudier avec vous et celle des opérations qui leur sont applicables.

Chez la femme, la vessie n'a pas à proprement parler de bas-fond, bien que nous devions désigner sous ce nom la portion de sa face postérieure qui est en arrière de l'embouchure des uretères, l'orifice uréthral en forme la partie la plus déclive et elle est couchée sur le vagin, ainsi que sur le col de l'utérus. Le canal de l'urèthre, qu'on peut considérer, au point de vue qui nous occupe, comme faisant partie intégrante de la vessie, répond lui aussi au vagin, dans la paroi supérieure duquel il semble creusé et qui lui fournit une gaîne érectile que Blandin avait désignée sous le nom de *bulbe uréthral;* c'est assez dire l'adhérence intime qui unit les deux conduits, il est impossible de les séparer même par la dissection la plus minutieuse. Au niveau du col au contraire, il existe déjà entre cet orifice et le vagin un espace comblé par du tissu cellulaire et des veines. Plus on s'avance vers le bas-fond, plus cet intervalle augmente et moins le tissu cellulo-fibreux que contient la cloison vésico-vaginale est serré et résistant. Le vagin glissera donc avec d'autant plus de facilité sur la vessie qu'on se rapprochera

davantage de son cul-de-sac, et cette mobilité du vagin à été utilisée, comme nous le verrons plus loin, par Jobert (de Lamballe), dans son second procédé dit cystoplastie par glissement ou par locomotion.

L'épaisseur de la cloison serait, suivant M. Deroubaix, de 2 à 3 millimètres vers le méat urinaire, de 1 centimètre environ au niveau du col de la vessie, et au delà, de 8 à 10 millimètres; vers le col utérin elle pourrait atteindre 12 à 15 millimètres. Pour le même auteur, cette épaisseur serait assez variable; plus considérable chez les femmes ayant eu des enfants que chez les nullipares, elle varierait en outre chez les premières, suivant la quantité de sang qui se trouve dans les vaisseaux au moment de l'examen et selon l'épaisseur de la membrane musculaire de la vessie. Remarquez aussi que les deux conduits adossés étant convexes intercepteront un espace plus grand sur les côtés que sur la ligne médiane.

Le trigone vésical qui affecte, comme vous le savez, la forme d'un triangle dont les trois sommets équidistants sont le col et les embouchures des uretères, répond sur toute son étendue à la paroi antérieure du vagin; quant aux uretères, il faut tenir compte de leur situation, car ils peuvent exceptionnellement être compris dans une fistule. Après avoir cheminé dans l'épaisseur du ligament large et croisé à angle aigu le ligament rond ainsi que les parties latérales du col de l'utérus, les uretères pénètrent dans la paroi postérieure de la vessie, s'insinuent dans l'épaisseur de la couche musculaire, puis rampent entre celle-ci et la muqueuse pour venir s'ouvrir à sa surface par un orifice en bec de flûte, à 12 ou 15 millimètres en arrière du col. C'est surtout cette dernière portion ou portion intra-vésicale des uretères qui peut être intéressée; quant à la portion extra-vésicale, avant qu'elle

pénètre dans la couche musculaire, elle est située sur les parties latérales et à une certaine distance du col utérin et du vagin ; lorsque ce dernier conduit se dilate, comme le fait a lieu au moment de l'accouchement, l'uretère s'en trouve rapproché si la vessie est distendue, et il se place plus près du col utérin. Bref, l'uretère est très-mobile et ses rapports sont impossibles à déterminer exactement, sauf pour sa portion intra-musculaire, puisqu'ils varient suivant le degré de distension des cavités voisines.

Les rapports du bas-fond de la vessie avec le col utérin sont également différents, suivant l'état de réplétion ou de vacuité du viscère. La vessie est-elle vide ? son diamètre transversal s'allonge aux dépens du diamètre antéro-postérieur et son bas-fond déborde à peine le vagin, aussi n'est-il alors que peu en rapport avec l'utérus. Est-elle distendue par l'urine au contraire? elle se développe en élevant le cul-de-sac vésico-utérin formé par le péritoine et s'applique directement sur toute la portion sus-vaginale du col. Elle n'en est alors séparée que par un tissu cellulaire très-lâche et par quelques fibres musculaires décrites par Meckel sous le nom de *ligament utéro-vésical*. Le péritoine n'est donc jamais en rapport immédiat avec la paroi antérieure du vagin, et il recouvre le col utérin sur une étendue variable avec le degré de distension de la vessie ; quand celle-ci est vide, il descend assez bas, mais est lâchement uni à l'utérus et forme au niveau de son cul-de-sac des plis transversaux ; quand elle est pleine, il remonte, grâce à son adhérence intime à sa paroi postérieure, aussi le bas-fond de la vessie repose-t-il directement sur l'utérus dans un espace qui peut être, suivant Jobert, de 3 centimètres en hauteur, surtout si le vagin, comme chez les femmes qui ont eu des enfants, s'in-

sère très-bas sur le col. Cette disposition du péritoine et cette laxité du tissu cellulaire de la région ont suggéré à Jobert le procédé de cystoplastie par glissement, sur lequel je vous donnerai tout à l'heure quelques explications.

J'ai à peine besoin de vous rappeler, Messieurs, comment se comporte le péritoine en arrière de l'utérus; le cul-de-sac recto-utérin non-seulement recouvre toute la face postérieure du col, mais encore la paroi postérieure du vagin sur une hauteur de 2 et quelquefois de 3 centimètres. Quant aux vaisseaux, ils sont surtout nombreux vers les parties latérales de la cloison vésico-vaginale ainsi que dans l'espace interposé au col utérin et au bas-fond de la vessie; il n'y en a que très-peu ou de très-petits sur la ligne médiane, tandis que sur les côtés du col se trouvent les artères utérines, et plus bas les artères vaginales. Ces détails ne manquent pas d'intérêt au point de vue des hémorrhagies qui peuvent compliquer les opérations dans lesquelles on porte le bistouri sur différents points de la cloison, suivant le siége des fistules.

Les rapports des uretères et de la vessie avec l'utérus et le vagin vous permettent de comprendre, d'une manière théorique en quelque sorte, toutes les variétés de fistules qui pourront se présenter à vous dans la pratique. Suivez en effet par la pensée le trajet des uretères et représentez vous la position de la face inférieure de la vessie; l'uretère pourra s'appliquer sur le col utérin et verser directement l'urine dans sa cavité; vous aurez donc là une première variété de fistule uro-génitale, pour employer un terme général dont se sert M. Deroubaix auquel j'emprunte la classification que vous trouverez dans son excellent ouvrage, ce sera une *fistule uretérale cervico-utérine.*

Dans une observation qui appartient à Auguste Bérard,

l'urine était versée dans la cavité cervicale par un des uretères dont l'orifice vésical était absolument oblitéré.

L'uretère peut encore s'ouvrir directement dans le vagin, *fistule uretéro-vaginale directe.*

Enfin la fistule sera *uretéro-vaginale indirecte*, si l'uretère conduit l'urine dans le vagin en s'ouvrant dans une fistule vésico-vaginale, comme quelques exemples en ont été cités.

Arrivons maintenant aux communications qui peuvent s'établir entre l'utérus et le bas-fond de la vessie. On pourrait admettre comme possibles, bien qu'elles n'aient pas encore été observées, des *fistules vésico-utérines*, allant de la vessie dans la cavité du corps de l'utérus, si le péritoine ne descendait pas aussi bas qu'à l'état normal entre les deux viscères, ou si des adhérences avaient soudés ceux-ci l'un à l'autre, sinon il est bien évident qu'aucune communication ne peut s'établir entre eux à travers la grande séreuse abdominale.

Quant aux fistules *vésicales cervico-utérines*, que Jobert désignait sous le nom de *vésico-utérines*, et qui résultent d'une communication établie entre la cavité du col utérin et la vessie, leur fréquence relative exige qu'on les range dans une catégorie bien déterminée. La fistule peut intéresser simultanément la paroi antérieure du col et sa cavité et en même temps la paroi du vagin ; c'est là la *fistule vésicale cervico-utéro-vaginale profonde*, ou *vésico-utéro-vaginale profonde* de Jobert qui ne s'attachait pas à spécifier que la solution de continuité intéresse le col de l'utérus et supprimait dans ses dénominations le mot *cervico* sous-entendu. Si le col est intéressé superficiellement, si l'urine ne pénètre pas dans sa cavité, on aura la *fistule vésico-utéro-vaginale superficielle de Jobert*, ou mieux une

fistule vésicale utéro-cervico-vaginale superficielle, dans laquelle la solution de continuité portera au niveau de l'insertion du vagin sur le col, dont la lèvre antérieure sera plus ou moins profondément érodée.

Enfin viennent les *fistules vésico-vaginales* proprement dites, parmi lesquelles on peut encore distinguer les *fistules vésicales cervico-vaginales*, quand la perte de substance porte sur la cloison vésico-vaginale au niveau du col de la vessie et les *fistules uréthro-vaginales* qui forment la dernière variété de fistule uro-génitale chez la femme.

Toutes ces fistules peuvent se combiner entre elles et il n'est pas très-rare de trouver un vaste *cloaque* faisant communiquer la vessie et le vagin sur toute la longueur de la cloison qui les sépare.

Je veux vous parler ici spécialement, Messieurs, des fistules vésico-vaginales qui sont, sans contredit, de beaucoup les plus fréquentes et que vous devez par conséquent étudier avec le plus de soin. Déjà, j'en suis certain, vous en avez vu un certain nombre dans les divers services auxquels vous avez été attachés, mais peut-être votre attention n'a-t-elle pas été attirée sur des malades qu'on n'examine que difficilement ; si vous avez assisté aux opérations délicates qui ont été pratiquées, ce n'est certainement que de loin, car l'opérateur lui-même a parfois une certaine peine à bien voir ce qu'il fait et cependant vous pouvez être appelés tous, un jour ou l'autre, à répéter des manœuvres opératoires que vous n'aurez jamais vu exécuter de manière à en saisir tous les temps et à en comprendre toutes les difficultés. En général, il faut l'avouer, les élèves passent aux lits des malades atteintes de fistules vésico-vaginales, sans s'y arrêter ; ils touchent les femmes quelquefois, il est vrai,

mais le toucher ne leur apprend que peu de chose ; ils sentent vaguement sur la face antérieure du vagin une petite irrégularité ou un orifice qu'on leur dit être la fistule, ce renseignement leur suffit, et quand le chirurgien opère, ils se contentent forcément de lui voir prendre ses instruments et sortent de l'amphithéâtre sans avoir saisi très-nettement ce qui vient d'y être fait. Mon désir, Messieurs, est de vous mettre à même de vous intéresser à cette question capitale des fistules vésico-vaginales, et j'aurai atteint le but que je poursuis si je suis parvenu à vous faire assister en spectateurs intelligents à l'opération que je vais pratiquer aujourd'hui.

La malade dont nous devons nous occuper est une jeune femme de vingt-quatre ans qui est couchée au n° 16 ; elle est entrée à la clinique le 14 mars de cette année et M. Richet, préoccupé du mauvais état général dans lequel elle se trouvait, n'a pas jugé convenable de l'opérer ; il a préféré lui donner des toniques, la fortifier, jugeant avec raison qu'au bout d'un traitement de quelques mois elle se trouverait dans de meilleures conditions. Ses prévisions se sont réalisées, car quoique la malade soit encore aujourd'hui pâle et chétive, au dire de mes internes elle a meilleure mine et son séjour à l'hôpital l'a notablement améliorée. Si nous attendions que cette jeune femme ait une forte constitution, nous attendrions indéfiniment ; elle est en effet petite, maigre, a les cheveux tout gris, et en la supposant aussi bien portante que possible, on ne peut espérer lui trouver les apparences d'une santé robuste.

La malade est accouchée le 1er mai 1870, c'est-à-dire il y a dix-sept mois, et j'appelle votre attention sur cette date ; le fœtus était à terme, le travail a duré trois jours et les grandes douleurs douze heures ; la tête est restée longtemps

à la vulve et l'accouchement n'a pu être terminé qu'avec l'aide du forceps; l'enfant était mort. Le *lendemain même* la malade s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin et qu'il n'en coulait pas une goutte par les voies naturelles. Au bout de quinze jours un médecin constata l'existence d'une fistule vésico-vaginale et engagea la malade à ne pas se faire opérer. Ce n'est que dix mois après que celle-ci se présenta à la clinique, décidée à endurer toutes les douleurs, à s'exposer à tous les dangers, pour être guérie de son infirmité. M. Richet, je vous l'ai dit, temporisa et aujourd'hui la malade se trouve dans l'état suivant : le vagin est très-étroit et peu profond; immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire se trouve une première bride circulaire et le conduit est incomplétement cloisonné par d'autres brides rigides et inextensibles qui circonscrivent des loges dans lesquelles la muqueuse vient faire hernie; à 5 centimètres de la vulve, du côté droit, le doigt sent une petite irrégularité, limitée en arrière par une bride dure et saillante; c'est l'orifice de la fistule. Nous avons fait placer la malade à genoux, le bassin légèrement incliné à gauche, la tête et le tronc fortement fléchis en avant, et le spéculum de Bozeman, en soulevant la paroi postérieure du vagin, nous a permis d'éclairer toute la paroi antérieure de ce conduit.

En déprimant un peu la muqueuse, nous avons très-bien vu l'orifice fistuleux; il est à peu près circulaire, de 8 millimètres de diamètre environ, et il se trouve situé en avant d'une grosse bride à laquelle adhère intimement sa lèvre postérieure; le bec d'une sonde de femme introduite dans la vessie sort par l'ouverture qui laisse suinter un peu d'urine; la muqueuse vésicale fait saillie entre les lèvres de

la fistule sous forme d'une masse rougeâtre qui saigne facilement.

Quoique cet examen fût à la rigueur suffisant, nous avons voulu chercher si la fistule était accessible dans une position moins incommode pour la femme, et nous avons fait mettre celle-ci dans le décubitus dorsal, les cuisses fortement fléchies sur le bassin ; en abaissant alors avec le spéculum de Bozeman la paroi postérieure du vagin, nous avons découvert parfaitement la fistule, et cette position nous a même semblé plus commode pour nous ; c'est donc elle que nous adopterons tout à l'heure pour pratiquer l'avivement, puis l'affrontement des bords de l'orifice.

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous donner un dernier renseignement; la malade perd ses urines couchée sur le dos ou sur les côtés, et debout; elle les retient au contraire lorsqu'elle est assise. Vous verrez l'avantage que nous pourrons tirer de cette particularité, quand nous nous occuperons des soins consécutifs à l'opération.

Depuis l'accouchement, la malade n'a pas revu ses règles, mais chaque mois elle éprouve un ensemble de symptômes qu'on peut rattacher à la congestion menstruelle et elle perd une petite quantité d'un liquide rosé; il nous est impossible de sentir avec le doigt ou d'apercevoir le col utérin.

C'est à l'accouchement qu'il faut attribuer ici la production de la fistule vésico-vaginale. Il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas et les statistiques démontrent le fait d'une façon péremptoire. M. d'Andrade, sur soixante-huit cas de fistules, en a trouvé soixante-sept consécutives à l'accouchement, et plus récemment encore

M. Monteros a noté une proportion de cent treize cas sur *cent* vingt et un, dans lesquels la perforation de la cloison avait eu lieu par le même mécanisme. On a beaucoup reproché aux accoucheurs de produire ces fistules dans les manœuvres obstétricales, et l'on a surtout incriminé les instruments dont ils font habitellement usage. Il est certain qu'après l'embryotomie, telle qu'on la pratiquait anciennement, un fragment d'os pouvait pénétrer dans la vessie ; il est hors de doute que les leviers, le forceps, peuvent déchirer la cloison vésico-vaginale ou la mortifier, lorsqu'on les manie avec maladresse, mais il faut se garder de s'exagérer les dangers qui peuvent dériver de leur emploi, d'autant plus qu'il est aujourd'hui prouvé que c'est au contraire en reculant devant les opérations propres à terminer promptement l'accouchement qu'on expose les femmes aux accidents qui résultent de la longue durée de l'engagement des parties fœtales. Plus l'accouchement est long et laborieux, plus il faut craindre de voir survenir une fistule uro-génitale, et chez notre malade nous n'hésitons pas à attribuer la perte de substance de la cloison vésico-vaginale à la compression exercée par la tête qui est restée longtemps, huit ou dix heures peut-être, dans l'excavation pelvienne.

Le forceps ne peut produire une fistule vésico-vaginale qu'en exerçant une pression directe sur les tissus et cette pression, par suite des mouvements qu'on imprime à l'instrument, porte d'une façon intermittente sur divers points du conduit vaginal ; ajoutons à cela que les branches de l'instrument sont appliquées le plus souvent dans le sens transversal, c'est-à-dire dans le sens où il existe le plus d'espace entre la tête du fœtus et la ceinture osseuse ; je crois par conséquent que rarement le forceps produit

une mortification de la cloison, et dans le cas actuel, on aurait pu éviter peut-être la formation d'une fistule en l'appliquant plus tôt.

Quel est donc le mécanisme qui préside à la formation des fistules vésico-vaginales consécutives à l'accouchement? Ce mécanisme, Messieurs, est à peu près le même pour toutes les fistules uro-génitales, et selon que la tête est plus ou moins avancée dans le trajet qu'elle a à parcourir, la fistule siége plus ou moins haut. D'une manière générale toutes les causes de dystocie, qu'elles proviennent de la mère ou de l'enfant, qu'elles résident dans une rigidité du col, dans une étroitesse de la vulve qui retient la tête, dans une résistance du périnée, dans un rétrécissement du bassin ou dans un volume exagéré des parties fœtales, toutes ces causes, dis-je, qui retardent l'expulsion du produit de la conception, sont de nature à amener la mortification des tissus qui séparent la vessie de l'utérus et du vagin, et par conséquent une fistule.

Lallemand a cru que l'accident avait lieu plus fréquemment lorsque, le fœtus se présentant pas les pieds, le menton venait s'arc-bouter contre le détroit supérieur, mais son opinion n'est pas d'accord avec les faits; c'est surtout la tête, l'occiput qui, par une pression longtemps soutenue contre la symphyse, contond la cloison et produit la fistule. Si cette pression s'exerce sur une petite surface par suite du contact de deux points saillants bien limités, la fistule sera petite; si les surfaces osseuses au contraire sont en contact sur une vaste étendue, la solution de continuité sera très-large et c'est dans ces cas assez exceptionnels que se produisent les cloaques dont j'ai parlé, cloaques qui font communiquer le vagin et la vessie sur toute la longueur de la cloison. Enfin, si la pression s'exerce en deux points

simultanément ou successivement, par suite d'un changement de position de la tête, il pourra se former deux fistules plus ou moins éloignées l'une de l'autre.

La perte de substance succède le plus souvent à la chute d'une eschare causée par la mortification des tissus dans lesquels la compression a interrompu la circulation, et si cette compression a été très-énergique et de longue durée, le périoste qui recouvre les surfaces osseuses ayant servi de point d'appui à la partie fœtale peut se trouver lésé; c'est ainsi que s'établit l'adhérence des lèvres de la fistule aux branches de la symphyse, adhérence qui augmente beaucoup les difficultés des opérations, en ôtant leur souplesse et surtout leur mobilité aux surfaces que les points de suture doivent maintenir rapprochées.

Les fistules se produisent donc en général *par mortification*, *par écrasement*, aussi leurs symptômes n'apparaissent-ils alors qu'au bout des quelques jours nécessaires au travail d'élimination de l'eschare, mais on doit invoquer parfois un autre mécanisme.

Si des contractions utérines très-énergiques surviennent alors que le col n'est pas encore suffisamment dilaté ou présente soit une rigidité causée par d'anciennes cicatrices, suites d'un ou de plusieurs accouchements antérieurs, soit une friabilité pathologique qui peut s'étendre à la paroi vaginale et résulte quelquefois d'une dégénérescence cancéreuse, si enfin le vagin est rétréci par des brides cicatricielles et résiste à la distension qu'exerce sur lui la tête du fœtus, il peut se produire une véritable *plaie par déchirure*, comme celles qu'on observe si souvent au périnée. La solution de continuité intéresse dans ce cas, soit le col utérin et le vagin tout ensemble, soit le vagin seul et la paroi vésicale.

La présence des brides cicatricielles qui rétrécissent aujourd'hui le vagin de notre malade me porterait à penser que le passage de la tête a dû produire des délabrements considérables qui se sont peu à peu réparés; le col de l'utérus que nous ne pouvons parvenir à reconnaître au milieu des anfractuosités et des callosités du conduit a dû être compris dans quelque cicatrice, peut-être au voisinage de la fistule, et il serait possible que sa cavité fût oblitérée, car la malade n'a pas eu ses règles depuis son accouchement; toutefois, ceci est une pure hypothèse, la menstruation est en effet souvent suspendue pendant des mois et même des années chez les femmes atteintes de fistule vésico-vaginale, quand même la cavité du col est entièrement libre.

Lorsque les déchirures siégent assez haut, il peut arriver que le col pénétrant dans la vessie obture plus ou moins complétement la fistule, et le doigt porté au fond du vagin sent une surface lisse formée par la face postérieure du col, sans trace d'orifice cervical. Les règles s'écoulent alors par l'urèthre et une petite quantité de sang seulement passe par la fistule dans le vagin. Ces fistules par déchirure, qu'on peut appeler avec M. Deroubaix : *fistules d'emblée*, sont loin d'être aussi communes que celles qui ont lieu par mortification des tissus.

Peut-être vous étonnerez-vous que les pertes de substance siégent tantôt au niveau du col de l'utérus, tantôt immédiatement derrière la vulve. Il faut de toute nécessité, Messieurs, que les tissus soient comprimés contre un plan résistant, or ce plan est formé par la symphyse et les branches descendantes du pubis d'une part, et de l'autre par le sacrum et le coccyx. Je vous citerai, chemin faisant, ces fistules recto-vaginales qui résultent parfois de la pression

exercée par la tête du fœtus sur la cloison recto-vaginale contre la face antérieure du sacrum, fistules qui par conséquent siégent très-près de l'orifice anal ; or supposez que l'orifice utérin se dilate incomplétement pour quelques-unes des raisons que je vous ai énumérées plus haut, la tête glissera dans l'excavation, coiffée par la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus et cela d'autant plus facilement, que les diamètres du détroit supérieur seront plus larges et permettront mieux à la partie fœtale de s'engager ; si alors la tête ne se dégage pas assez vite, elle comprimera contre la ceinture osseuse le col, ainsi que la partie supérieure du vagin et le bas-fond de la vessie entraînés en bas dans ce mouvement de descente ; une fistule vésico-cervico-utéro-vaginale s'établira.

Vous comprenez sans peine que la hauteur à laquelle siégera une fistule vésico-vaginale variera suivant que la tête aura comprimé contre le squelette un point plus ou moins élevé de la cloison. Si la tête reste longtemps à la vulve, cette cloison peut se trouver mortifiée au niveau du col vésical ou même au niveau du canal de l'urèthre. En un mot, c'est la locomotion du conduit utéro-vaginal qui rend possible la formation d'une fistule intéressant son extrémité supérieure qui, au premier abord, semblerait par sa situation à l'abri de toute compression.

Si le mécanisme que je viens d'exposer est de beaucoup le plus habituel, il ne s'ensuit pas que d'autres causes ne puissent produire des fistules vésico-vaginales. Celles-ci succèdent en effet, dans certains cas, à un traumatisme et rien n'est plus facile à concevoir que la perforation de la cloison vésico-vaginale par un instrument piquant ou tranchant ou par des objets anguleux ou acérés. Des corps étrangers, des épingles, des aiguilles, etc., introduits dans

un but coupable, soit dans la vessie, soit dans le vagin, traversent parfois la cloison, et si la plaie est assez large pour laisser filtrer l'urine, elle devient fistuleuse au contact du liquide irritant qui l'empêche de se cicatriser. D'autre part, une sonde, un instrument lithotriteur, peuvent traverser la paroi postérieure de la vessie, et pénétrer dans le vagin, mais c'est généralement de bas en haut, c'est-à-dire du vagin à la vessie qu'est perforée la cloison, et la raison en est dans l'introduction facile des corps étrangers dans le conduit vaginal. Jobert citait souvent l'histoire de cette petite fille qui en voulant enjamber un pupitre, dans une étude, tomba à cheval sur une règle placée verticalement qui pénétra dans la vessie par le vagin. M. Freund a vu une fistule survenir à la suite d'une chute sur une haie; une épine s'était enfoncée dans la cloison.

Je pourrais multiplier, Messieurs, les exemples de *fistules traumatiques*, mais je vous signalerai seulement encore celles qui succèdent à la ponction vésicale par le vagin et à l'extraction de calculs vésicaux par la même voie, à la taille vésico-vaginale; c'est en grande partie pour éviter la formation d'une fistule qu'on a abandonné cette dernière opération pour la taille vestibulaire, ou pour le procédé qui consiste à pénétrer dans la vessie par une incision intéressant l'urèthre, le col et le vestibule, incision faite directement en haut jusqu'au ligament sous-pubien. Le même accident peut survenir à la suite des opérations destinées à remédier à l'atrésie du vagin, après les amputations du col de l'utérus, ou lorsque le bistouri s'égare en avant quand on dissèque les tissus interposés à la vessie et au rectum pour aller à la recherche de l'utérus en cas d'imperforation ou d'absence du vagin. Enfin on a vu la mortification d'une portion plus ou moins étendue de la

cloison vésico-vaginale, résulter du séjour trop prolongé dans le vagin de ces pessaires d'ivoire en bilboquet, durs et souvent volumineux, qui arrivent à être en partie recouverts par les plis de la muqueuse, qui s'incrustent et qui finissent par ulcérer les tissus sur lesquels ils prennent un point d'appui.

Pour ne rien omettre, je vous rappellerai qu'il existe une classe de *fistules*, qu'on a appelées *pathologiques;* quelques-unes d'entre elles sont produites par des calculs vésicaux ; ceux-ci peuvent pénétrer dans des loges, s'enchatonner et ulcérer la muqueuse qui finit par se perforer, ainsi que la paroi antérieure du vagin. Quant aux fistules qu'on observe si souvent dans les cas de cancer du col de l'utérus, lorsque le néoplasme a envahi de proche en proche les culs-de-sac du vagin et la paroi postérieure de la vessie, elles constituent pour ainsi dire une variété à part qui n'offre que peu d'intérêt; la plupart du temps ce sont des cavernes plutôt que des fistules ; elles sont creusées au milieu d'un tissu dur, lardacé, à végétations fongueuses et saignantes, le doigt pénètre dans la vessie qui, par le fait du siége de la perte de substance au niveau du bas-fond, ne peut conserver une seule goutte d'urine, et ce liquide coule continuellement par le vagin mêlé à l'ichor cancéreux; on ne peut pas évidemment songer à une réparation quelconque, et ces fistules sont tout à fait au-dessus des ressources de l'art.

On a trouvé, dans la science quelques exemples de *fistules congénitales*, par arrêt de développement de la cloison qui doit venir séparer la vessie formée par le pédicule de la vésicule allantoïde, du vagin constitué par la fusion des canaux de Muller. Selon que l'arrêt de développement aura été plus ou moins complet, la communication de la

vessie avec le vagin sera plus ou moins large; Langenbeck a observé chez une jeune fille de dix-neuf ans l'absence totale de la cloison et des faits analogues ont été cités par J. L. Petit, Knight, Velpeau, etc.

Je tenais à insister, Messieurs, sur toutes ces variétés de fistules uro-génitales, envisagées au double point de vue de leur siége et de leur cause, mais il n'entre pas dans mon dessein de vous en tracer l'histoire complète; je me bornerai à vous parler des fistules vésico-vaginales qui, comme celle que j'opérerai devant vous, sont consécutives à l'accouchement. Ce sont elles qui me serviront de type dans ma description des procédés opératoires.

Lorsqu'une malade vous dira que depuis son dernier accouchement elle se trouve continuellement mouillée et ne peut retenir ses urines, la première pensée qui vous viendra à l'esprit sera que vous avez affaire à une fistule vésico-vaginale; c'est en effet à peu près dans ces termes que les femmes s'expriment lorsqu'elles consultent un médecin. Puis, quand vous procéderez à un examen direct de la fistule dont vous soupçonnerez l'existence, vous devrez vous efforcer de déterminer son siége, sa forme, son étendue, etc.

Vous pourrez commencer par pratiquer le toucher qui vous fournira souvent d'emblée tous les renseignements désirables et vous permettra d'apprécier tout à la fois la consistance des parois du vagin, la largeur de l'anneau vulvaire, la situation du col, etc., mais l'examen ne sera complet qu'après l'application du spéculum.

Lorsque la fistule est large et facilement accessible, le toucher suffit à la rigueur pour nous en donner une idée exacte, il nous fournit de plus des notions que l'examen au spéculum ne peut nous faire acquérir, mais si la fistule est

petite, si elle est enfoncée dans un infundibulum formé par des brides cicatricielles, il peut arriver qu'elle soit inaccessible au doigt, il est donc indispensable d'associer toujours ces deux modes d'exploration.

Vous ferez coucher la malade sur un lit, en face d'une fenêtre, de manière à pouvoir bien éclairer le vagin; je reviendrai sur les positions qui sont les plus commodes et sur le choix des spéculums, mais je vous dirai ici d'une manière générale que vous devrez placer la femme à genoux, sur le dos et sur le côté successivement, afin de constater quelle est la position la plus favorable. Vous emploierez le spéculum de Bozeman ou celui de Marion Sims, c'est-à-dire un de ces spéculums univalves qui ont l'avantage de ne soulever qu'une des parois du vagin, en mettant parfaitement à découvert celle que l'on veut examiner.

Les fistules vésico-vaginales peuvent siéger, je vous l'ai dit, en tous les points de la cloison; lorsque l'urèthre est intéressé, c'est à sa partie postérieure que répond la solution de continuité, car l'extrémité antérieure du canal dépasse la symphyse pubienne en avant et ne se trouve presque jamais comprimée; ces fistules vésico-cervico-uréthro-vaginales sont nécessairement situées *sur la ligne médiane*.

Quant aux fistules vésico-vaginales proprement dites, elles sont aussi situées, en général, sur la ligne médiane; cette particularité semble en rapport avec l'accolement plus intime en ce point du vagin et de la vessie, et, suivant M. Stoltz, on peut se l'expliquer par ce fait que la fistule se produit au moment où l'occiput vient se placer sous le pubis, quand la tête du fœtus exécute son mouvement de rotation. La compression peut cependant s'exercer sur les

branches du pubis et les fistules peuvent être *latérales ;* les fistules uretéro-vaginales directes ou indirectes siégent nécessairement sur les côtés de la ligne médiane, et il en est souvent ainsi des fistules vésico-vaginales simples ; l'opinion de G. Simon qui les croit situées le plus fréquemment à gauche, est sans aucun doute trop absolue. La cloison est peut-être plus souvent perforée au voisinage du col utérin ou au niveau du bas-fond de la vessie que sur un point plus antérieur, mais les statistiques ne nous fournissent pas à ce sujet des renseignements assez précis pour que nous nous montrions très-affirmatifs.

Après avoir noté le siége de la fistule, Messieurs, vous en remarquerez avec soin la forme et la direction. Souvent à bords sinueux, peu de temps après la chute de l'eschare, les orifices tendent toujours à s'arrondir, les irrégularités à disparaître, les bosselures à s'effacer. Suivant M. Verneuil, ce serait la rétraction cicatricielle qui, s'opérant de muqueuse à muqueuse, tendrait à amincir les bords des fistules et à en niveler les bosselures. La rétraction cicatricielle concentrique produirait l'arrondissement du fond des angles et solliciterait leur mise à niveau avec les parties voisines. De quelque manière qu'on interprète le fait, il est certain que le contour des orifices fistuleux est en général régulier, quand nous examinons les malades, c'est-à-dire un certain temps après la chute de l'eschare ; la vessie et le vagin sont alors soudés assez intimement pour que les bords de l'orifice soient le plus souvent peu épais, mais le tissu inodulaire interposé aux deux cavités augmente d'épaisseur à mesure qu'on s'éloigne de la solution de continuité. Les petites fistules sont plutôt rondes qu'ovalaires, les grandes ont, au contraire, cette dernière forme ; les premières sont très-fréquemment réduites à de simples

pertuis à peine visibles, par lesquels suinte l'urine et qu'on ne pourrait reconnaître au toucher ; ce ne sont pas toujours les moins rebelles au traitement. Les secondes peuvent être aussi circulaires, mais il est plus fréquent de les trouver allongées en forme de fente. Leur grand axe dans ce cas peut être antéro-postérieur, mais il est plutôt oblique et surtout transversal ; on peut en trouver la raison dans la direction des plans osseux contre lesquels la tête du fœtus comprime les tissus. Il n'est pas rare que la lèvre postérieure de la fistule soit presque de niveau avec la lèvre antérieure du col utérin ; un degré de plus en arrière, et le museau de tanche serait intéressé, la fistule deviendrait vésico-cervico-utéro-vaginale superficielle.

L'étendue des fistules vésico-vaginales est variable ; tantôt à peine assez larges pour permettre le passage d'un stylet de trousse, elles peuvent acquérir un diamètre tel qu'un ou deux doigts pénètrent facilement du vagin dans la vessie ; enfin je vous ai signalé ces cloaques formés par la destruction de toute la longueur de la cloison, et qui réunissent en une seule cavité le conduit vaginal et le réservoir de l'urine.

Presque toujours la muqueuse vésicale fait hernie dans le vagin par l'orifice, sous l'aspect d'une petite végétation rosée ou rouge vif dans les fistules de petit calibre, et dans les larges fistules sous la forme d'une masse fongueuse, molle et parfois saignante, réductible dans la vessie, mais apparaissant de nouveau dès qu'on n'exerce plus sur elle aucune pression. Ces hernies de la muqueuse étant pour ainsi dire constantes, je ne crois pas qu'on soit en droit de les ranger au nombre des complications, et l'opérateur doit compter avec elles lorsqu'il fait choix d'un procédé.

Enfin on ne doit jamais négliger de rechercher avec

soin si les fistules ne sont pas multiples; en général, elles sont uniques, car dans les cas de rétrécissement du diamètre du bassin ou de volume exagéré de la tête, la compression ne porte que sur un point de la cloison; les causes de dystocie sont cependant assez nombreuses pour qu'on s'explique que cette compression s'exerce, soit sur deux points à la fois, si les branches descendantes du pubis, par exemple, sont très-rapprochées, soit successivement sur plusieurs points, si diverses portions de la cloison viennent s'interposer les unes après les autres entre la tête du fœtus et la ceinture osseuse.

Chez notre malade, l'examen du vagin nous a montré une fistule située un peu à droite de la ligne médiane, au niveau du bas-fond de la vessie, unique, à grand diamètre transversal de 8 millimètres, à bords lisses, réguliers, et présentant à son centre une masse d'apparence polypeuse, rouge et réductible, qui n'est autre chose que la muqueuse vésicale faisant hernie.

Ces quelques mots, Messieurs, résument les renseignements que doit vous fournir l'examen d'une fistule vésico-vaginale. Quant à l'écoulement de l'urine par l'orifice fistuleux, c'est un symptôme qui acquiert une grande valeur par le parti qu'on en peut tirer comme élément de diagnostic dans certains cas embarrassants, et lorsqu'on en est arrivé à régler les soins consécutifs à l'opération. La jeune femme qui est l'objet de notre étude a perdu ses urines par le vagin le lendemain de son accouchement; il faut donc admettre ou que la cloison a été déchirée ou que l'eschare a cédé sur un point où les tissus étaient très-profondément meurtris : en général, ce n'est qu'au bout de quelques jours que se produit la fistule, car il faut un certain temps pour que l'eschare s'élimine; la cloison devient chaude, turgescente, la

suppuration s'établit autour des tissus mortifiés, ceux-ci se détachent, et l'urine coule dans le vagin d'abord en filtrant entre l'eschare et les bords de la fistule, puis à plein canal. Non-seulement il n'y a pas toujours incontinence d'urine dès le début, mais parfois apparaît une rétention du liquide due soit à une inertie de la vessie contusionnée par le passage de la tête, soit à une attrition du col et de la partie supérieure de l'urèthre qui devient le siége d'un gonflement s'opposant à la miction. Quand la fistule est définitivement constituée, tantôt la vessie ne peut retenir une seule goutte d'urine, et par conséquent celle-ci passe par le vagin sans qu'il s'en échappe la plus petite quantité par l'urèthre, tantôt au contraire les malades peuvent uriner volontairement, lorsqu'elles sont restées un certain temps dans une position déterminée; le liquide a donc pu, dans ces cas-là, s'accumuler dans la vessie.

La position que prend et garde la femme a une grande influence sur la continuité ou l'intermittence de l'écoulement de l'urine par la fistule, mais les positions favorables au séjour du liquide dans la vessie varient elles-mêmes suivant le siége de la fistule.

Celle-ci intéresse-t-elle l'urèthre? la fistule est-elle uréthro-vaginale? il est aisé de prévoir que l'urine ne coulera dans le vagin que quand la malade dilatera son sphincter pour uriner volontairement; ce sera là, à proprement parler, un écoulement intermittent et volontaire.

La fistule siége-t-elle en arrière du col vésical, au niveau du trigone, ou intéresse-t-elle le col lui-même? l'écoulement cessera d'être volontaire tout en restant intermittent, et il se produira quand la malade se tiendra debout, et surtout quand elle marchera; si elle reste couchée dans le décubitus dorsal ou latéral, ou si elle est assise, l'urine

s'accumulera dans le bas-fond de la vessie et ne coulera pas par la fistule, à moins que le réservoir urinaire ne soit trop distendu ; l'écoulement aura lieu alors par une sorte de regorgement.

La fistule donnera donc d'autant plus constamment passage à l'urine qu'elle occupera une situation plus déclive, et dans les diverses positions que prend la femme, cette situation varie avec l'inclinaison de la face inférieure de la vessie. L'incontinence est en général absolue quand la fistule siége tout à fait au niveau du bas-fond de la vessie, et surtout quand elle répond à l'orifice d'un des uretères ; l'urine passe alors incessamment par le trajet, quelle que soit la position de la femme ; elle s'écoulerait, suivant Bérard, non pas goutte à goutte, mais par saccades, par jets intermittents, à intervalles très-rapprochés.

Il est certain que le calibre de la fistule a, comme son siége, une certaine influence sur l'écoulement de l'urine. Si l'orifice est très-étroit, il n'y aura parfois qu'un suintement ou continuel, ou provoqué uniquement par les contractions énergiques de la vessie. La communication est-elle au contraire très-largement établie? l'urine pourra passer en grande quantité dans le vagin, et M. Deroubaix a noté que, dans certains cas de fistules situées au col de la vessie, on entendait parfois un bruit qu'il appelle *rot vésical*, résultat, suivant lui, de la succion de l'air par la vessie à l'occasion du vide formé dans la cavité vésicale.

En présence d'une fistule vésico-vaginale il vous est presque impossible, Messieurs, de commettre une erreur de diagnostic, si vous recourez à une exploration minutieuse du vagin. L'incontinence d'urine, qui peut succéder à la compression du col de la vessie par le passage de la tête du fœtus ou à des cathétérismes un peu trop répétés,

serait cependant susceptible de vous faire croire à l'existence d'une fistule, si vous vous contentiez d'interroger la malade. Cette erreur sera promptement dissipée par le toucher et par l'application du spéculum, ou même simplement par l'inspection de la vulve. Si l'urine qui s'échappe de l'urèthre involontairement et en bavant, glisse dans les plis de l'extrémité antérieure du vagin et semble venir de ce canal, il vous suffira de bien essuyer le méat et d'attendre un instant pour voir sourdre le liquide par l'orifice dont vous aurez desséché les bords.

Lorsque la fistule est petite, on a parfois une certaine peine à la découvrir, surtout s'il y a dans le vagin des brides qui la masquent. En essuyant bien la muqueuse, on peut se guider sur le filet d'urine que des efforts de la femme font parfois sourdre en un point donné ; mais s'il n'y a que très-peu d'urine dans la vessie, ou si le siége de la fistule rend possible la rétention momentanée du liquide, on n'a aucun indice du lieu où la cloison se trouve perforée. On pourrait attendre que la vessie soit distendue, ou faire changer la femme de position, mais, outre qu'il y a des femmes qui ne perdent que debout, on peut désirer être promptement éclairé ; or, vous avez à votre disposition plusieurs moyens de reconnaître l'orifice fistuleux.

Je vous conseillerai d'abord, si un point de la paroi antérieure du vagin vous paraît suspect, de tâcher d'y introduire un stylet recourbé, après avoir mis par l'urèthre dans la vessie une sonde métallique. La pointe du stylet viendra heurter le cathéter, ou celui-ci pénétrera dans la fistule, si elle est assez large, quoique masquée par une bride. D'après Jobert, l'orifice fistuleux occuperait souvent le centre des étoiles cicatricielles qui déforment la paroi antérieure du vagin et, s'il était situé au fond d'un infun-

dibulum, vous pourriez écarter les bords de celui-ci avec un petit crochet ou un ténaculum. Enfin, en dernier ressort, faites dans la vessie une injection avec un liquide coloré; celui que je préfère est le lait, qui a l'avantage de ne pas irriter la muqueuse, mais vous pourrez employer aussi de l'encre étendue, de l'eau rougie, de la teinture de bois Campêche, etc.

Après avoir reconnu la fistule, *dans le cas où elle siégerait latéralement au niveau du bas-fond de la vessie*, vous devriez chercher à savoir si elle n'intéresserait pas l'uretère. Cette opinion serait admissible si vous voyiez l'urine sortir sans interruption et par saccades intermittentes, quelle que position que prenne la femme; il pourrait se faire aussi que le stylet introduit dans l'orifice se dirige en arrière et se trouve comme serré par les parois d'un tube étroit; enfin vos présomptions se changeront presque en certitude, si la miction se fait normalement par l'urèthre, tandis que par la fistule l'urine s'écoule continuellement dans le vagin. Vous serez alors en droit de diagnostiquer une fistule uretéro-vaginale directe, surtout si un liquide coloré injecté dans la vessie ne sort pas par l'orifice fistuleux, sinon la fistule sera sans doute uretéro-vaginale indirecte, c'est-à-dire que l'uretère s'ouvrira dans le trajet d'une fistule vésico-vaginale.

Lorsque vous aurez soigneusement étudié, Messieurs, la fistule en elle-même, son siége, son diamètre, etc., vous devrez examiner avec attention l'état des parties voisines, afin de prévoir et de vous disposer à surmonter les difficultés que présentera l'opération. Cette précaution est d'autant plus importante qu'il est parfois de toute nécessité de pratiquer une ou plusieurs opérations préliminaires avant de traiter la fistule, c'est-à-dire de fermer à l'urine

tout passage par le vagin. Votre examen devra porter sur l'urèthre et sur la vessie, sur la vulve, sur le vagin et sur l'utérus, en un mot sur les deux cavités l'une et l'autre ouvertes en avant et communiquant anormalement entre elles, car il est fréquent de trouver de véritables *complications* dont il est indispensable de tenir grand compte.

L'*urèthre*, comme tous les conduits qui restent longtemps sans servir au passage des liquides qui les doivent traverser, peut se rétrécir et même s'oblitérer, surtout lorsque la fistule est ancienne et ne permet pas à l'urine de s'écouler par les voies naturelles ; l'urèthre peut en outre avoir été contusionné par la tête du fœtus, et l'inflammation qui a succédé au traumatisme est susceptible de jouer un grand rôle dans cette oblitération.

Jobert, en 1861, avait observé dix-sept cas de rétrécissement uréthral coïncidant avec une fistule vésico-vaginale; cette complication est donc assez fréquente, et vous ne devez jamais opérer une fistule sans vous être assurés par le cathétérisme que l'urèthre est libre. Si le rétrécissement est peu serré, il suffit de le dilater pendant quelques jours avec des bougies, mais il peut être presque infranchissable et résulter de l'adhérence plus ou moins intime des parois du canal entre elles.

L'oblitération est tantôt partielle, tantôt totale, et la fusion des parois est ou superficielle, membraneuse, suivant l'expression de Jobert, ou profonde; c'est-à-dire produite, par l'organisation d'un tissu de cicatrice très-dense. Lorsque l'oblitération est partielle, elle siége en général au niveau de la portion supérieure de l'urèthre qui seule est en rapport immédiat avec la symphyse contre laquelle elle peut avoir été écrasée. Si elle est totale, le méat est parfois invisible et adhérent à l'arcade pubienne. Le rétablissement du

canal de l'urèthre doit donc quelquefois présenter de sérieuses difficultés, mais l'indication est formelle et il n'est pas permis d'hésiter, si le rétrécissement est absolument infranchissable, à imiter la conduite de Jobert qui, dans plusieurs cas, a plongé un trocart d'avant en arrière dans la direction présumée de l'urèthre et a créé ainsi un canal artificiel. Il faut alors avoir bien soin de ne pas diriger l'instrument trop en bas, car il y a peu de parties molles sous la symphyse et la pointe du trocart pénétrerait dans le vagin.

Il y a deux ans, dans ce même hôpital, je me suis trouvé en présence d'un de ces rétrécissements infranchissables de l'urèthre, chez une femme que je voulais opérer d'une fistule vésico-vaginale. Il n'y avait plus trace de canal et je ne pouvais espérer le retrouver, car il avait été sans aucun doute converti en un cordon plein, formé par du tissu fibreux. J'introduisis le doigt dans le vagin pour me tenir toujours à une certaine distance de ce conduit et ne pas m'exposer à le perforer, puis je plongeai un trocart à hydrocéle dans la vessie presque immédiatement au-dessous de la symphyse; je substituai ensuite à sa tige un tube à drainage et je parvins à créer ainsi un urèthre artificiel qui me permit d'opérer au bout de quelque temps la fistule.

En l'absence de rétrécissement, l'urèthre peut être dévié par des brides adhérentes au bassin ou obstrué par des polypes; on devra, en répétant assez fréquemment le cathétérisme, apprendre à bien reconnaître les inflexions du canal ou avoir soin d'exciser les polypes, avant d'opérer la fistule.

Quant à la vessie, rarement elle est enflammée, excepté lorsqu'elle contient des calculs; il faut extraire alors ceux-ci par la fistule, sans craindre d'agrandir l'orifice, si cela est

nécessaire, l'expérience ayant montré que les fistules larges ne sont guère plus difficiles à guérir que les petites. La vessie est en général pelotonnée derrière la symphyse, mais ses parois sont susceptibles de retrouver toute leur élasticité et leur contractilité, lorsqu'elle reprend son rôle de réservoir actif de l'urine. Je ne reviens pas sur le prolapsus de la muqueuse qui complique, en réalité, l'opération, mais ne mérite pas ici une mention spéciale.

L'orifice vulvaire est quelquefois très-rétréci par des cicatrices consécutives à des déchirures produites au moment de l'accouchement, ou se trouve naturellement étroit. Certains chirurgiens ont préconisé des débridements destinés à faciliter les manœuvres opératoires ; quant à moi, je pense que ces incisions sont le plus souvent inutiles et je les réprouve d'une façon générale.

Je vous ai déjà parlé, Messieurs, de ces brides qui masquent la fistule et limitent un infundibulum au fond duquel est situé l'orifice. Il est assez rare de les voir manquer, et elles affectent des formes et des directions variables ; le plus souvent elles sont transversales, et, dans certains cas, lorsqu'elles jouissent d'une très-grande rigidité, elles rétrécissent ou cloisonnent le vagin. Ces rétrécissements annulaires ou demi-circulaires siégent, soit en avant, soit en arrière de la fistule ; s'ils siégent en avant, ils constituent une complication sérieuse, et l'on doit, pendant les jours qui précèdent l'opération, les dilater par les moyens usités en pareils cas, par des tampons, à l'aide de cones d'éponge préparée ou en introduisant un spéculum dont on écarte les valves à plusieurs reprises. Quelquefois même, si le tissu fibreux est absolument inextensible, on est obligé d'avoir recours à des débridements ; il en est de même dans les cas d'adhérences partielles ou totales, établies

entre les deux parois du vagin. En un mot, il faut préparer les voies et agir de telle sorte que la fistule, le jour où on l'opère, soit parfaitement accessible.

Une complication qui compromet gravement le succès de l'opération, c'est l'adhérence de la lèvre antérieure de la fistule aux parois du bassin; je vous ai exposé son mode de formation, mais il me reste à vous tracer la règle de conduite que vous devez suivre dans ce cas particulier. Un des bords de la solution de continuité étant fixe, il est à craindre qu'après la suture, la lèvre postérieure ne s'écarte de l'antérieure, et que la réunion n'échoue; il est en effet très-important que les lambeaux affrontés jouissent de la plus grande souplesse et ne soient pas exposés à des tiraillements en sens contraire. Telle est la considération qui avait décidé Jobert à pratiquer un large débridement en avant du col pour permettre à la lèvre postérieure de la fistule de glisser en avant et d'arriver au contact de la lèvre antérieure, sans être attirée en arrière par aucune adhérence à un plan peu mobile; vous pourrez, dans ces cas d'adhérence aux os, décoller le lambeau antérieur et le mobiliser avant de l'affronter à la lèvre postérieure et vous pratiquerez, si vous le voulez, cette petite opération quelques jours avant l'opération principale. Je préfère, quant à moi, procéder à ce décollement aussitôt avant l'avivement et la suture, mais il faut savoir que s'il porte sur une large surface, il donne lieu à un écoulement sanguin, parfois assez abondant, et peut devenir le point de départ d'une suppuration de longue durée derrière les surfaces osseuses dont le périoste a été mis à nu et ruginé.

Il y a un dernier examen, Messieurs, auquel vous devez vous livrer avant d'opérer une fistule, c'est celui du col de l'utérus. Vous savez avec quelle facilité les règles se sup-

priment chez les femmes atteintes d'une affection chirurgicale un peu sérieuse; or, dans les cas de fistule, la menstruation est presque toujours irrégulière et souvent il y a suppression absolue des règles, mais après la guérison, la menstruation se rétablit, et souvent plus tôt qu'on ne le désirerait. Chez notre malade, les règles n'ont pas reparu depuis l'accouchement, mais, chaque mois, il s'écoule un peu de liquide rosé qu'on peut, avec de la bonne volonté, considérer comme des règles rudimentaires et qui, en tout cas, nous indique que le col n'est pas oblitéré; ce renseignement a d'autant plus de valeur ici qu'il nous est impossible de sentir ou d'apercevoir le museau de tanche au milieu des brides qui cloisonnent le vagin.

Lorsque aucun écoulement périodique pouvant être rattaché à la menstruation ne nous annonce que le canal cervico-utérin est libre, on doit craindre que celui-ci ne soit oblitéré. Comme l'ont très-bien indiqué Jobert et M. Verneuil, il y a deux espèces d'oblitération du col, l'une directe, l'autre indirecte; dans le premier cas, le col a été détruit dans une certaine étendue, et ses parois se sont fusionnées; sa cavité est remplacée par un tissu cicatriciel dur et résistant. Dans le second, le vagin a contracté des adhérences avec le museau de tanche qui se trouve ainsi fermé.

En l'absence de symptômes de rétention menstruelle, il est parfois difficile de savoir si le col est oblitéré; faut-il attendre le retour des règles pour être définitivement éclairé? Faut-il, si l'oblitération est reconnue, rétablir le canal utérin pour assurer l'écoulement du sang? Faut-il enfin passer outre et opérer la fistule? Telles sont les questions que se pose M. Verneuil, en reconnaissant l'extrême difficulté qu'on éprouve à y répondre d'une façon satisfaisante. Disons que vouloir attendre le retour des

règles, ce serait s'exposer à retarder l'opération indéfiniment. Malgré l'incertitude du diagnostic, je passerais outre dans un cas semblable et j'opérerais. Si l'orifice du col est simplement masqué par une bride peu épaisse, on surmontera facilement cet obstacle, mais si les parois du col sont fusionnées au point qu'aucune dépression ne vous indique la voie à suivre, irez-vous employer le trocart au risque de faire une fausse route susceptible d'avoir les plus graves conséquences? Le mieux sera, je crois, en l'absence de tout signe de rétention menstruelle, et en cas d'oblitération profonde confirmée, d'opérer néanmoins la fistule, puis, si la menstruation se rétablit, les règles pourront, comme le fait a été observé, se faire jour par le col, dont il vous sera parfois difficile d'apprécier le genre d'oblitération, ou bien vous aviserez plus tard à l'opération qu'il conviendra de pratiquer. Jobert était d'abord partisan de la ponction de l'utérus faite par la fistule, à travers la paroi vésicale, puis il a songé à la ponction par le rectum. Toutes ces opérations sont à peu près également dangereuses, et je vous conseille de ne pas les tenter, car il est possible que le sang faisant effort pour s'échapper par le canal cervico-utérin, vous soyez guidés par la tumeur et puissiez pénétrer alors sans danger dans la cavité utérine.

C'est une grosse question, Messieurs, que celle de l'oblitération du col compliquant une fistule vésico-vaginale; j'ai voulu vous en signaler l'importance, mais je ne puis songer à la résoudre à l'aide du peu de documents que nous possédons sur ce sujet.

Si, ce qui heureusement est le cas le plus ordinaire, le col n'est pas oblitéré, et si la femme est encore en âge d'être réglée, il est possible que les menstrues supprimées depuis l'accouchement reparaissent cinq ou six jours après

l'opération, et viennent nuire beaucoup à la réunion lorsqu'elle n'est pas encore complète. Cet accident doit être prévu; il ne peut pas, bien entendu, être évité, mais une précaution qu'il ne faut pas négliger, c'est, dans le cas où la menstruation ne serait pas supprimée, de n'opérer les femmes que dans les quelques jours qui suivent la cessation du flux cataménial; on a ainsi devant soi une vingtaine de jours pendant lesquels on n'a pas à craindre l'apparition d'un écoulement sanguin intempestif.

A quelle époque, c'est-à-dire combien de temps après leur formation, convient-il d'opérer les fistules vésico-vaginales? Ce point si intéressant de la thérapeutique des fistules n'a pas été, suivant moi, l'objet d'études suffisantes. Quelques chirurgiens habiles, Backer-Brown, entre autres, n'ont pas craint d'opérer de bonne heure, mais je crois qu'il est sage d'attendre que les tissus sur lesquels portera l'avivement et qui seront traversés par les points de suture, aient acquis une assez grande résistance, sinon ils pourraient se laisser déchirer par les fils; il y a, de plus, avantage à laisser à la nature le soin de diminuer la perte de substance, mais il ne faut pas trop compter sur une guérison spontanée, quoique quelques exemples prouvent qu'à la rigueur elle peut avoir lieu. Il est évident que, si au bout de trois à quatre mois, on voit la fistule rester stationnaire, il faut tenter de la fermer; les malades souffrent en effet cruellement de leur infirmité, au point de vue moral surtout, et leur chagrin retentit toujours sur leur santé générale; elles sont pour leur mari un objet de dégoût, et si par hasard elles deviennent enceintes, car la grossesse est possible malgré les dénégations de quelques auteurs, elles avortent assez souvent ou accouchent avant terme. Je connais personnellement deux femmes atteintes de fistule

vésico-vaginale chez lesquelles la grossesse a suivi son cours normal. L'une d'elle, qui a constamment refusé de se laisser opérer, a mis au monde trois enfants bien constitués. Ajoutons que l'urine qui coule continuellement sur la commissure de la vulve, irrite les téguments, et entretient sur les lèvres, à la racine des cuisses et autour de l'anus, un érythème souvent douloureux. Bref, il y a peu d'infirmités plus pénibles et dont les femmes souhaitent plus ardemment d'être guéries.

L'histoire du traitement des fistules vésico-vaginales, Messieurs, suffirait pour défrayer à elle seule un bien gros livre, car les chirurgiens qui se sont succédé depuis Félix Plater, qui, le premier, en 1597, signala la fistule uro-génitale, se sont presque tous vivement préoccupés d'une opération qui réussissait si rarement, que les cas de succès étaient parfois mis en doute, quelle que fût l'autorité de celui qui les annonçait. En 1663, un accoucheur d'Amsterdam, Von Roonhuyze, formula les principes applicables au traitement des fistules. Ce traitement devait consister *à placer la femme sur le dos*, les cuisses fléchies comme dans la position adoptée pour l'opération de la taille, à faire l'*avivement en respectant autant que possible la vessie*, à maintenir les bords de la fistule par une sorte de *suture entortillée* au moyen d'épingles en plumes de cygne, enfin à placer à demeure, dans le vagin, un tampon imbibé d'huile. Vœlter, seize ans plus tard, modifia le procédé de Von Roonhuyze, et conseilla de laisser dans la vessie une *sonde à demeure*.

Bien que quelques-uns des préceptes qu'on suit aujourd'hui aient été ainsi posés, le succès ne couronna pas les premiers essais tentés par les anciens chirurgiens, et

J. L. Petit lui-même, considérant les fistules vésico-vaginales comme presque toujours incurables, repoussait toute opération.

Chopart et Desault réagirent contre le découragement général, et réveillèrent l'attention des praticiens, en proclamant des succès obtenus par l'emploi de la sonde à demeure, combiné avec le tamponnement vaginal; ainsi se trouvaient remplies, suivant eux, les indications suivantes : empêcher le passage de l'urine par la fistule, et rapprocher les bords de l'orifice. Cette méthode fut vivement combattue par Boyer, Sabatier, et plus tard par Velpeau, Michon et presque tous les chirurgiens.

Dupuytren, Delpech et Lallemand préconisèrent la cautérisation avec le nitrate d'argent et le cautère actuel, suivant les cas, mais si quelques succès furent ainsi obtenus, la méthode ne conduisit pas à des résultats constants, et la cautérisation ne put être considérée comme la seule ressource des opérateurs.

On devait forcément revenir à la suture; en 1802, à Paris, Lewzinski avait eu l'idée de la pratiquer au moyen d'une sonde à aiguille introduite dans la vessie, mais il n'avait pas mis son projet à exécution. En 1809, Nægelé inventa plusieurs procédés; dans l'un, il traversait la cloison de haut en bas, à l'aide d'une aiguille contenue dans un cathéter poussé dans la vessie par l'urèthre, jusqu'à la fistule, et nouait dans le vagin plusieurs fils séparés. Dans un autre, il employait la suture entortillée, et passait par le vagin, dans les lèvres préalablement avivées de la fistule, des aiguilles d'acier ou d'argent doré fortement courbées qu'il entourait ensuite avec des fils de soie cirés. Les tentatives de Nægelé ne furent pas heureuses, et nous ne devons pas nous en étonner, car il ne se servait pas de spéculum, et

opérait absolument à tâtons; néanmoins ses efforts eurent pour résultat de ramener les esprits à l'idée de la suture. En 1829, Malagodi obtint un demi-succès en traitant une fistule par l'avivement et la suture à points séparés. Roux, à la même époque, employa la suture entortillée, mais la malade mourut. Bref, les procédés et les opérations se multiplièrent, et il faut bien le dire aussi, les insuccès.

En 1832, Dieffenbach vint à Paris, et conformément aux idées de Dupuytren qui vantait l'efficacité du cautère actuel et repoussait la suture, il essaya la cautérisation; il réussit dans quelques cas, mais comme en définitive ses succès étaient rares, il s'adressa à la suture et imagina plusieurs procédés; en général, il préférait faire une suture à points séparés avec des fils de soie, en respectant la muqueuse vésicale; avec un ténotome il avivait d'abord obliquement les bords de la fistule dans une étendue de 1 millimètre, après les avoir soulevés à l'aide d'un petit ténaculum. Il maintenait dans le vagin un tampon de charpie imbibé de vin et dans la vessie une sonde. Il proposa aussi la suture en bourse pour les petites fistules et la suture entortillée pour les autres, mais il convenait que ces procédés étaient difficilement applicables. Dieffenbach, malgré les progrès qu'il fit faire au traitement de la fistule vésico-vaginale, fut loin d'obtenir ces succès éclatants qui fixent la faveur du public savant sur une méthode; en 1845, il avoua lui-même que la guérison *d'une fistule vésico-vaginale était un événement des plus rares*, et il nous faut arriver jusqu'à Jobert (de Lamballe) pour voir cesser le découragement des chirurgiens.

Jobert fit pour la première fois, en 1834, ce qu'il appelait l'*élytroplastie*, c'est-à-dire une cystoplastie par la méthode indienne. Ce procédé consistait à aviver les bords de

la fistule, puis à tailler un lambeau sur une des grandes lèvres ou sur la fesse. Ce lambeau, disséqué préalablement, était tordu sur son pédicule et poussé dans l'orifice, en même temps qu'il était attiré par un fil ciré qui le traversait à son sommet, et passait dans la vessie au moyen de la sonde de Belloc, introduite par l'urèthre. Les bords du lambeau et ceux de la fistule étaient ensuite suturés; on coupait les points de suture vers le douzième jour, et le pédicule vers le trentième ou le quarantième. La première opération échoua; la seconde réussit complétement.

En 1840, Jobert tenta d'oblitérer une fistule qui se trouvait au niveau du col de l'utérus, en attirant en bas l'utérus et en suturant le col aux bords de l'orifice; il fit ce qu'il appelait une *cystoplastie avec l'utérus* : sa tentative échoua. On varia beaucoup ces procédés autoplastiques, et en somme tous les essais furent plus ou moins malheureux; mais en 1847 Jobert communiqua à l'Académie de médecine un nouveau procédé qui lui avait donné les plus beaux résultats et qu'il désignait sous le nom de *cystoplastie par glissement*, *autoplastie vésico-vaginale par locomotion*, *méthode française*.

Jobert avait été frappé de l'état de tension dans lequel se trouve souvent le vagin, et il avait songé à rendre au conduit sa souplesse, afin de permettre aux bords de la fistule d'être affrontés sans tiraillements. Faire autour de la fistule les débridements nécessaires, pour en mobiliser les bords, tel était en résumé le principe sur lequel reposait la nouvelle méthode, principe applicable à toutes les autoplasties. J'ai vu bien souvent Jobert opérer, et voici comment il procédait : La malade était couchée sur le dos, les cuisses fortement fléchies sur le bassin; la paroi postérieure du vagin était abaissée au moyen d'un spéculum univalve

en bois, légèrement creusé en gouttière et coudé à angle droit sur son manche ; des aides écartaient, si cela était nécessaire, les parois latérales du vagin avec d'autres valves à peu près semblables. Si la fistule était située profondément, Jobert abaissait l'utérus en saisissant son col, suivant son diamètre transversal, avec une pince de Museux ou une pince à double crochet; puis il faisait immédiatement en avant du col une incision semi-circulaire qui permettait à la lèvre postérieure de la fistule de glisser en avant et de se rapprocher de la lèvre antérieure, sans qu'aucune force l'attirât en arrière ; après quoi, les bords de la fistule étaient largement avivés avec un long bistouri, sans que le chirurgien se préoccupât de savoir s'il intéressait seulement la muqueuse vaginale ou avec elle le tissu cellulaire de la cloison et la paroi de la vessie; en général, l'avivement portait sur ces trois couches. Cela fait, Jobert passait des fils de soie aplatis et cirés, qui traversaient les deux muqueuses et dont les anses se trouvaient dans la vessie, tandis que les chefs étaient noués dans le vagin. L'affrontement terminé, un tampon d'amadou était placé dans le vagin, et une sonde de gomme devait rester à demeure dans la vessie ; on enlevait les fils du cinquième au douzième jour. Vous le voyez, ce qui distingue ce procédé, c'est le débridement vésico-utérin.

Les chirurgiens entrés dans cette voie des incisions libératrices, on multiplia les sections de brides, on fit des débridements latéraux, et en 1844 M. Maisonneuve, pour mobiliser la lèvre antérieure d'une fistule, fit un débridement qu'il appela uréthro-pubien, c'est-à-dire une dissection de l'urèthre au-dessous du pubis. Si les imitateurs de Jobert ne furent pas toujours aussi heureux que l'inventeur de la

méthode, on ne peut nier que la cystoplastie par *glissement* n'ait constitué un énorme progrès, et en ma qualité d'élève du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, je suis heureux de pouvoir affirmer que la méthode française eut er Europe un retentissement mérité.

Le temps ne me permet pas, Messieurs, d'insister plus longuement sur les innombrables modifications apportées aux principaux procédés destinés à obtenir la guérison des fistules vésico-vaginales. Mon intention a été de vous fournir seulement quelques points de repère qui puissent vous aider à les grouper, et j'ai essayé de vous tracer les phases qu'ont traversées les esprits, en vous citant les noms de ceux qui ont le plus fait pour le traitement d'une maladie réputée si longtemps incurable. Il me reste à vous exposer brièvement ce qu'on pourrait appeler l'histoire de la fistule vésico-vaginale en Amérique et à vous parler de ces procédés qui ne sont déjà plus aujourd'hui nouveaux, et qui ont détrôné tous ceux que les plus grands chirurgiens français et allemands avaient eu tant de peine à imaginer. Chemin faisant, j'espère vous montrer qu'ils ne sont guère qu'une quintessence des procédés européens, mais on ne peut refuser aux Américains illustres qui les ont conçus et si heureusement appliqués, le mérite de leur avoir fait atteindre le plus haut degré de la perfection.

Ce fut Mettauer de Virginie qui, le premier, en Amérique, fit usage des fils métalliques. En 1830, il employa des fils de plomb, et obtint un succès complet, mais il ne publia le résultat de son opération qu'en 1847. A Londres, Gosset avait, en 1834, guéri une fistule d'assez grande dimension par des sutures faites avec des fils très-fins d'argent doré. Hayward de Boston commença, en 1839, à modifier les procédés de Dieffenbach, et son nom marque

vraiment le début des progrès qu'ont fait faire au traitement des fistules les chirurgiens d'Amérique. Il substitua aux fils de plomb de Mettauer des fils de soie très-fins connus sous le nom de soie de dentiste, et avivait les bords des fistules de telle façon que les surfaces saignantes étaient obliques de dehors en dedans. Malgré ces succès obtenus avant que Jobert eût inventé sa méthode d'autoplastie par glissement, on peut dire que ce fut Marion Sims qui, par l'heureuse association qu'il sut faire de nombreux procédés appliqués avant lui et par les guérisons si nombreuses qu'il obtint, doit être considéré comme l'inventeur de la méthode dite américaine.

L'idée de s'occuper du traitement des fistules vint à Marion Sims en 1845; en faisant placer une malade sur les coudes et sur les genoux pour l'examiner, il fut frappé de la facilité avec laquelle il parvenait ainsi à voir la fistule. En 1846, il pratiqua sa première opération, et il échoua; il eut recours ensuite à divers procédés, et employa successivement, pour les sutures, des fils de soie et des fils de plomb; il échoua toujours et n'obtint son premier succès qu'en 1849, sur une jeune négresse qu'on avait déjà opérée trente fois. En 1852, il publia ses premiers travaux, et en 1858, désireux de vulgariser ses idées, il vint en Angleterre, puis en France et en Allemagne. Lors de son arrivée en France, il avait obtenu deux cent trente guérisons, et en 1864 deux cent soixante, sur trois cent douze cas. Cet immense succès était bien fait pour séduire tous les esprits aussi les procédés de Sims furent-ils répétés et modifiés par tous les chirurgiens du continent; en Angleterre, Baker-Brown, Simpson, Spencer-Wells, entrèrent avec ardeur dans la nouvelle voie qui leur était ouverte. En France, la méthode de Jobert fut un peu abandonnée, et MM. Verneuil

et Follin furent les premiers à initier leurs compatriotes à tous les détails de la pratique américaine. Enfin, en Amérique même, l'œuvre de Marion Sims fut quelquefois heureusement perfectionnée par M. Bozeman, son élève, par Atlee, Battey de Géorgie, etc.

Nous allons examiner successivement, Messieurs, les divers temps de l'opération de la fistule vésico-vaginale, telle qu'on la pratique aujourd'hui, et je me contenterai de vous signaler les modifications les plus importantes apportées à chacun d'eux.

La première chose à faire avant d'opérer une fistule, c'est de choisir pour la femme une position qui vous permette de bien voir l'orifice dont vous allez aviver les bords. Vous examinerez donc la malade dans plusieurs positions, et vous adopterez celle qui vous paraîtra la meilleure. Je ne suis pas d'avis de formuler à ce sujet de règle précise, les positions devant varier suivant les cas particuliers. Jobert opérait ses malades couchées sur le dos, comme pour l'opération de la taille; Marion Sims, Bozeman, Simpson, préfèrent les placer dans la position suivante, qu'on peut appeler le décubitus antérieur : la femme est mise à genoux sur le bord du lit, les cuisses légèrement écartées, le tronc est incliné fortement en avant et les coudes lui servent de point d'appui antérieur; un oreiller ou un traversin est placé sous la poitrine pour la soutenir, la tête est très-basse, et la face vient presque toucher le lit. Cette position est extrêmement fatigante, et de plus elle a l'inconvénient de s'opposer à l'emploi du chloroforme, mais elle présente souvent de si grands avantages qu'on ne doit pas hésiter à l'adopter. Les malades ont une grande tendance à s'allonger sur le lit et à fuir ainsi devant l'opérateur, il faut donc avoir soin de réveiller souvent leur attention, afin

qu'elles ne se laissent pas aller, sous l'empire de la fatigue, à changer ainsi de position.

Pour découvrir la fistule, le meilleur instrument est sans contredit le spéculum de Sims ou celui de Bozeman. Le spéculum de Sims se compose d'une gouttière métallique fortement concave sur une de ses faces et convexe sur l'autre; une de ses extrémités est arrondie, l'autre se coude à angle droit sur un manche à poignée ou sur une lame qui se coude elle-même à angle droit en se continuant avec une gouttière semblable à la première et moins large; on a donc ainsi deux spéculums de largeur différente en un seul instrument, l'un servant de poignée à l'autre. Le spéculum de Bozeman diffère de celui de Sims en ce que la valve, au lieu d'être rectiligne suivant sa longueur, présente une concavité à son point d'union avec le manche, et forme avec lui non plus un angle droit, mais un angle aigu très-arrondi. — Ce spéculum se moule mieux sur la paroi postérieure du vagin, et Denonvilliers l'a avantageusement modifié par l'addition sur ses bords de deux tiges métalliques qui, en s'écartant au moyen d'une vis, augmentent à volonté sa largeur.

Vous aurez soin, Messieurs, de vous mettre le plus possible en face du jour, et si le vagin n'est pas suffisamment éclairé, vous pourrez suivre le conseil de Sims, et à l'aide d'un miroir convenablement disposé, projeter sur le spéculum un jet de lumière que l'instrument réflètera. Vous avez pu me voir ces jours derniers utiliser dans le même but les vitres d'une des fenêtres de la salle, sur lesquelles les rayons du soleil se réfléchissaient obliquement vers la cavité vaginale par l'intermédiaire de la surface concave du spéculum.

Le décubitus antérieur place la fistule dans une situation

déclive favorable aux manœuvres opératoires, et il a de plus l'avantage de produire souvent la réduction spontanée de cette hernie de la muqueuse vaginale que je vous ai signalée ; il devient ainsi facile de respecter ce bourrelet, et le sang qui s'écoule au moment de l'avivement tombe dans la vessie. Est-ce là un véritable inconvénient ? quelques auteurs le croient, mais il faudrait prendre garde d'en exagérer l'importance. Il est certain que l'avivement est d'autant plus facile qne l'opérateur n'est pas gêné par l'écoulement sanguin.

Une particularité qu'il ne faut pas ignorer, et sur laquelle a insisté M. Verneuil, c'est qu'une fistule qui paraît assez rapprochée de la vulve quand la femme est examinée sur le dos, est beaucoup plus profonde quand celle-ci est dans le décubitus antérieur. On peut donc résumer ainsi les inconvénients de la position préconisée par les Américains : écoulement du sang dans la vessie, éloignement de la fistule, impossibilité d'administrer le chloroforme et fatigue extrême de la malade. Aux inconvénients nous opposerons toutefois de nombreux avantages : éclairage facile de la région où l'on opère, réduction spontanée du bourrelet formé par la muqueuse vésicale herniée, enfin facilité des manœuvres opératoires. Ces avantages me paraissent compenser largement les inconvénients, je vous répéterai cependant que si la fistule est bien accessible dans le décubitus dorsal, vous pourrez préférer cette position moins fatigante pour la femme ; c'est sans doute aussi pour cette raison que Marion Sims a fait quelquefois coucher ses malades sur le côté, mais en tous cas je ne vous conseillerais pas d'administrer du chloroforme, car il est essentiel que les opérées ne s'agitent pas et par leur docilité viennent en aide au chirurgien, ont l'esprit doit être exempt de toute préoccupation.

Lorsque la malade sera convenablement placée, et quand le spéculum aura été introduit, vous procéderez au premier temps de l'opération, à l'avivement. Le plus souvent vous pourrez négliger d'attirer à vous la fistule ; si le vagin était très-étroit, et si vous étiez très-gêné par l'éloignement des surfaces sur lesquelles vous devez agir, il pourrait être utile d'abaisser le col au moyen d'un fil qui traverserait l'une de ses lèvres.

L'avivement sera fait avec le bistouri ou à l'aide des ciseaux courbes ; vous soulèverez la muqueuse avec un crochet-érigne ou des pinces à dents de souris et vous l'enlèverez soit par petits coups de ciseaux successifs, soit par une dissection faite de dehors en dedans avec le bistouri. Avec le bistouri, on est plus sûr d'enlever toute la muqueuse, et l'on n'a pas à craindre de laisser intacts quelques îlots qui mettraient obstacle à la réunion. L'avivement doit être régulier et de même largeur sur les deux lèvres de la fistule et au niveau des commissures ; il doit s'étendre, pour les petites comme pour les grandes fistules, à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres des bords de la perforation, bords qu'il est bon de ménager ; on évite ainsi de léser la muqueuse vésicale, point important aux yeux des Américains ; si l'on blesse en effet cette muqueuse, on peut provoquer une hémorrhagie vésicale, et l'on expose la malade aux dangers qui peuvent résulter du contact de l'urine avec une plaie. Enfin il faut que l'avivement soit assez profond pour que la couche musculo-vasculaire soit intéressée ; c'est là, suivant Marion Sims, une bonne condition pour obtenir la réunion immédiate, et l'on ne doit pas se contenter d'une abrasion superficielle ; la surface avivée doit être inclinée légèrement vers l'orifice de la fistule en forme d'entonnoir.

Ce temps de l'opération est souvent très-long, mais je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance qu'il y a à faire un avivement complet; vous ne vous déclarerez donc satisfaits que quand les surfaces cruentées seront bien lisses et que toutes les irrégularités et les bosselures que présente parfois la muqueuse auront été enlevées; il sera bon d'attaquer d'abord la lèvre antérieure pour ne pas être gêné par le sang qui la masquerait si l'on avait commencé l'avivement par la lèvre postérieure.

Tous les chirurgiens américains sont d'accord sur cette manière d'aviver les fistules, mais non sur le mode de suture à employer, quoique, en somme, ils ne diffèrent d'opinion que sur des questions de détails.

Le premier temps de l'opération terminé, vous arrêterez l'écoulement du sang à l'aide d'injections d'eau fraîche et vous pourrez accorder à la malade quelques instants de repos, puis vous procéderez à la suture des surfaces cruentées. A quels fils donnerez-vous la préférence? Telle est la question que nous devons maintenant nous poser.

Hayward a préconisé l'emploi des fils de soie très-fins. Aujourd'hui il paraît démontré que ce sont les fils métalliques dont il vaut mieux faire usage. Mettauer s'est servi de fils de plomb, Gosset de fils d'argent doré, Simpson de fils de fer recuit; ceux qu'on emploie presque exclusivement, à l'exemple de Sims et de Bozeman, sont les fils capillaires d'argent. Ils ont sur les fils végétaux l'avantage de pouvoir rester en place très-longtemps, et le reproche qu'on leur a adressé et que je leur ai moi-même adressé autrefois, de couper les tissus plus facilement que les autres, n'est pas bien fondé, ainsi que cela semble ressortir des expériences plus récentes de M. Ollier. M. Richet a fait de plus observer combien il était difficile de nouer les fils organiques dans

le fond du vagin ; néanmoins quelques chirurgiens, Spencer-Wells entre autres, emploient encore les fils de soie.

Quelle est la distance qui doit séparer les points de suture ? A cette seconde question nous répondrons que les fils doivent être assez multipliés, c'est-à-dire assez rapprochés pour que les bords de la fistule soient parfaitement en contact ; en général, on passe les fils à 4 ou 5 millimètres les uns des autres ; le nombre des points de suture variera donc suivant l'étendue de la solution de continuité. Il est essentiel, suivant les préceptes de la méthode américaine, de passer les fils obliquement sous les tissus sans pénétrer dans la vessie ; l'aiguille traversera la muqueuse vaginale à 1 centimètre de la surface avivée, et sa pointe sortira immédiatement en dehors du petit liséré cicatriciel qu'on aura respecté dans l'avivement et qui répond à l'union de la muqueuse vésicale avec celle du vagin ; elle suivra ensuite un trajet inverse sur l'autre lèvre de la fistule.

Quels instruments emploierez-vous pour passer les fils ? Bozeman a proposé de passer d'abord des fils de soie auxquels on attache les fils métalliques ; M. Sims se sert d'une aiguille saisie par une pince ; Simpson a imaginé une aiguille tubulaire à manche qu'on fait pénétrer dans les tissus, et dans laquelle on introduit ensuite le fil ; aujourd'hui l'instrument le plus commode est l'aiguille chasse-fil. Si la fistule est transversale, on passe les fils d'avant en arrière ; si son grand diamètre est dirigé d'avant en arrière, on les passe de gauche à droite ou de droite à gauche, et, dans ce cas, les aiguilles saisies par une pince me paraissaient préférables au chasse-fil à aiguille coudée à angle droit avec le manche, car cette aiguille casse souvent.

Après avoir placé les fils bien en face les uns des autres, vous rapprocherez les lèvres de la fistule afin de voir si par-

tout elles sont régulièrement affrontées, et vous devrez veiller à ce que la plaie ne bâille en aucun point; il ne faudrait pas hésiter à enlever les fils qui vous paraîtraient mal placés et à les remplacer par d'autres. Si l'occlusion de la fistule vous paraît irréprochable, vous vous occuperez alors de la maintenir, après avoir enlevé les petits caillots interposés entre les surfaces avivées et arrêté tout écoulement sanguin.

Les procédés ayant pour but d'arrêter les points de suture sont très-nombreux et ont été modifiés à plaisir par tous ceux qui se sont occupés du traitement des fistules vésico-vaginales; je me contenterai de vous en signaler quelques-uns. Mettauer se contentait de tordre ses fils de plomb; Marion Sims a obtenu son premier succès en passant chacune des séries de fils dans des trous percés à travers une petite barre de plomb ou d'argent, et en les arrêtant au moyen d'un grain de plomb perforé. C'était une sorte de suture enchevillée qu'il appelait *clamp suture*. M. Bozeman a substitué aux chevilles de M. Sims une plaque métallique, un bouton généralement en plomb et de forme ovalaire, percé d'une rangée de trous séparés les uns des autres par un intervalle variable suivant le nombre et la situation des fils. Ceux-ci, dans ce procédé, sont rapprochés deux à deux par un instrument *ajusteur* de la suture, engagés dans l'orifice qui leur est destiné et fixés sur la plaque par un grain de plomb. Simpson, Atlee et d'autres encore ont modifié la forme et la nature de cette attelle qui soutient les bords de la suture et sur laquelle les fils sont fixés, soit par des grains de plomb, soit par des tubes analogues à ceux de Galli, soit enfin par une simple torsion faite à l'aide du tord-fil de Coghill.

Tous ces procédés n'ont plus guère qu'un intérêt histo-

rique, et je vous conseillerai de rapprocher simplement les bords de la fistule en tirant doucement sur les anses de chacun des fils, après les avoir séparés en vous servant d'un petit crochet mousse; puis vous ajusterez la suture avec l'ajusteur de M. Sims, et enfin vous tordrez les fils, soit avec des pinces, soit à l'aide du tord-fil, en ayant soin de vous arrêter quand l'affrontement sera complet, de peur de couper les tissus ou de casser les fils. Ce dernier temps de l'opération terminée, vous pourrez ou couper les fils à une petite distance de la suture, ou mieux, les réunir en un faisceau que vous tordrez et dont vous fixerez l'extrémité contre une des cuisses de la malade à l'aide d'un petit carré de diachylon.

Je pratiquerai l'opération devant vous, Messieurs, en me conformant aux règles que je viens de vous indiquer; la malade sera placée dans le décubitus antérieur ou dans le décubitus dorsal qui me paraît chez elle permettre d'éclairer suffisamment la fistule. Je ferai mon avivement large, profond, oblique de dehors en dedans et je respecterai la muqueuse vésicale; je passerai mes fils d'argent, puis je me contenterai de les tordre, et je les réunirai en un faisceau que je fixerai sur la cuisse.

Quels seront les soins consécutifs à l'opération? Vous avez vu que tous les chirurgiens se sont préoccupés d'assurer le cours de l'urine par les voies naturelles en plaçant dans la vessie une sonde à demeure. Marion Sims a inventé une petite sonde à double courbure qui tient toute seule dans la vessie, grâce à sa forme (*self retaining catheter*); elle est percée de petits trous à son sommet et son pavillon est évasé en gouttière. Cette sonde, qui peut être d'une extrême légèreté, si on la fait, comme c'est l'habitude, en aluminium, est évidemment préférable à toutes

les autres, il faut seulement avoir soin de lui choisir une courbure telle qu'elle ne tourne pas sur son axe; on devra aussi la changer tous les jours ou tous les deux jours, de peur que des incrustations ne viennent à boucher les trous dont elle est percée.

On a fait remarquer peut-être avec raison que les incontinences d'urine, qu'on voit assez fréquemment survenir à la suite des opérations de fistules, peuvent tenir à l'emploi de la sonde à demeure; il est certain que la sonde de Sims, à cause de sa légèreté et de ses courbures, fatigue beaucoup moins les malades que tous les autres cathéters, néanmoins je pense qu'il y a tout avantage à ne pas laisser séjourner dans la vessie un corps étranger qui doit forcément l'irriter, et occasionner du ténesme; je laisserai donc la malade uriner spontanément, et si les bords de la fistule sont bien affrontés, il ne passera pas une goutte de liquide par le vagin; s'il survenait, comme la chose est possible, de la rétention d'urine, je ferais pratiquer le cathétérisme deux ou trois fois par jour. Dans ce cas particulier, je suis d'autant plus autorisé à agir ainsi, et à imiter G. Simon et Spencer Wells, que notre malade, vous vous le rappelez, ne perd pas ses urines par la fistule, quand elle est assise; je la placerai dans cette position, en lui soutenant les reins par des oreillers, et je tâcherai qu'elle s'y maintienne jusqu'au jour où j'enlèverai les fils. Je lui ferai donner une potion morphinée qui aura pour effet de la constiper, car il ne faut pas que des efforts de défécation viennent ébranler les surfaces suturées, et pour faciliter ce résultat la malade a été purgée la veille de l'opération. Je me contenterai d'appliquer sur la vulve des compresses imbibées d'eau fraîche; enfin je n'enlèverai les fils que dans six ou sept jours, et nous aurons tout lieu de compter

sur un succès, si d'ici là la malade ne souffre pas, urine uniquement par l'urèthre, et si nous ne voyons pas s'échapper de pus par le vagin.

Il peut arriver néanmoins qu'au septième jour, bien que nous nous croyions sûrs d'obtenir une réunion parfaite, un ou plusieurs des fils aient coupé les tissus et que l'urine coule par de petits pertuis, quand la malade quittera la position qu'elle aura gardée dans les premiers temps ; s'il en était ainsi, je ne désespérerais pas de la guérison ; j'enleverais les fils avec les plus grandes précautions, et je m'efforcerais, à l'aide de quelques cautérisations, d'obtenir une réunion par seconde intention des points non cicatrisés. Il faut savoir combiner entre eux les divers modes de traitement, et la cautérisation qui échouait presque toujours, appliquée au traitement des grandes fistules, avant qu'on ait employé la suture, réussit très-souvent à amener l'oblitération de ces petits pertuis qui pourtant peuvent subsister longtemps. Si, après des tentatives nombreuses, la cautérisation reste inefficace, on en est réduit à pratiquer une nouvelle opération ; mais je vous recommande bien de ne pas vous lasser trop tôt, et de ne faire en tous cas un nouvel avivement et une nouvelle suture que quand les tissus auront repris une consistance suffisante.

J'espère avoir mis en relief, Messieurs, les procédés principaux qui caractérisent la méthode américaine ; mais, je vous l'ai dit, celle-ci n'est pas aussi originale que l'on pourrait le penser, et la courte revue historique que nous avons faite va me servir à vous le démontrer.

Avant Marion Sims, les malades étaient opérées presque toujours dans le décubitus dorsal, von Roonhuyze avait conseillé cette position, et Dieffenbach et Jobert la regardaient comme très-avantageuse ; cependant, à la fin du

siècle dernier, on discutait déjà la valeur du décubitus antérieur; Schreger s'en déclara le partisan, et Berg, en 1837, opéra une de ses malades après l'avoir placée sur une table, reposant sur les genoux et sur les coudes. On ne peut donc pas considérer la position préconisée par les Américains comme une véritable innovation.

L'emploi de la sonde à demeure conseillée d'abord par Voelter, a toujours été regardé comme indispensable, Chopart et Desault en faisaient la base de leur traitement, Dieffenbach et Jobert y avaient recours, mais Marion Sims inventa un instrument préférable à tous ceux dont on se servait avant lui. Quant à l'avivement, longtemps on le fit linéaire et perpendiculairement aux surfaces à affronter; il en résultait que cet affrontement n'était pas exact et que la réunion manquait. A Dieffenbach revient le mérite d'avoir bien indiqué que l'avivement doit être oblique, mais le célèbre chirurgien le pratiquait seulement sur une étendue de 1 millimètre, ou guère plus, et ce n'était pas suffisant; les Américains seuls l'ont fait large, profond, et ont posé à ce sujet des règles qui sont à l'abri de toute critique. Ils ont de plus érigé en principe que l'avivement ne doit porter que sur la muqueuse vaginale et que les fils ne doivent pas pénétrer dans la vessie; mais ce principe avait été déjà formulé très-anciennement par von Roonhuyze, et de nos jours par Dieffenbach. Enfin, reste le progrès réalisé par l'emploi de la suture métallique, et quoiqu'on ne doive pas partager l'exaltation de Marion Sims, qui proclame que : *la suture d'argent est le grand achèvement chirurgical du* XIXe *siècle*, il serait injuste de nier la part qui revient sans aucun doute à la suture métallique dans les si nombreux succès obtenus par tous ceux qui l'ont pratiquée.

La méthode américaine, Messieurs, n'est donc qu'une méthode éclectique, en quelque sorte, une combinaison heureuse de procédés plus ou moins anciens; mais, telle qu'elle est, elle a permis aux opérateurs d'obtenir de si magnifiques résultats, qu'on aurait pu croire que le dernier mot du traitement des fistules vésico-vaginales était dit. Il n'en a rien été, et chaque temps de l'opération est encore aujourd'hui discuté et modifié : c'est ainsi qu'un chirurgien allemand, G. Simon, de Rostock, a presque complétement détruit l'échafaudage des petits procédés combinés entre eux si laborieusement par les Américains. G. Simon place la femme sur le dos, avive les bords de la fistule en entonnoir évasé, très-large, sans se préoccuper d'entamer la muqueuse vésicale, emploie des fils de soie, sans s'inquiéter de comprendre la muqueuse de la vessie dans leurs anses, et rejette l'emploi de la sonde à demeure; en un mot, il n'emprunte à la méthode américaine que l'avivement en entonnoir évasé. Puisqu'il réussit souvent en procédant ainsi, on doit en conclure que c'est ce mode d'avivement qui est la clef du succès, et nous constatons ici d'une façon bien nette à quel point les esprits sont disposés à dénigrer et à réhabiliter sans cesse, successivement, les mêmes procédés opératoires. Malgré l'autorité du professeur allemand, je doute que sa pratique soit aussi vaste que l'a été celle de Marion Sims; je vous conseille donc de prendre ce dernier pour guide.

Suite de l'observation. — La malade est opérée le 12 octobre, couchée dans le décubitus dorsal, les cuisses fortement fléchies sur le bassin. On abaisse la paroi postérieure à l'aide du spéculum de Bozeman. La lèvre postérieure de la fistule est attirée en bas avec des pinces-érignes, et l'on voit qu'elle est constituée par la lèvre antérieure du col

utérin qu'on découvre en lui imprimant ainsi un mouvement de bascule par suite duquel son orifice regarde directement en avant. La fistule est une fistule vésico-utéro-vaginale superficielle.

Malgré les difficultés qu'on éprouve à manœuvrer dans le vagin à cause de son étroitesse, les bords de la fistule sont largement et obliquement avivés et six fils d'argent sont passés d'avant en arrière à l'aide d'une aiguille chasse-fil presque droite. La muqueuse vésicale qui vient faire hernie entre les lèvres de la plaie est refoulée en haut, respectée par le bistouri et non comprise dans les anses de fils. Les surfaces cruentées sont parfaitement affrontées et les fils, serrés à l'aide d'un tord-fil, sont réunis en faisceaux et appliqués sur une des cuisses de la malade par une bandelette de diachylon.

L'opération terminée, on aperçoit une ligne transversale qui ne laisse plus couler une seule goutte d'urine, et au-dessus d'elle le col utérin qui regarde en avant.

On ne met pas de sonde à demeure dans la vessie et la malade est placée dans une position telle qu'elle puisse rester plusieurs jours assise, soutenue par des oreillers, et les jarrets légèrement soulevés par des coussins.

Dans la journée, la malade est sondée deux fois; pendant la nuit, elle urine seule et il ne coule pas une goutte de liquide par le vagin.

Le 13, pas de cathétérisme; la malade souffre un peu en urinant. Pendant la nuit, elle urine une dizaine de fois avec ténesme. (Lavements laudanisés, capsules d'essence de santal.)

Le 14, la douleur a presque entièrement disparu.

Le 15 et le 16, la malade urine sept ou huit fois seule-

ment dans les vingt-quatre heures, sans perdre d'urine par le vagin et sans douleur.

Le 17, il coule un peu d'urine par le vagin.

Le 18, on enlève les fils; celui du milieu avait coupé une des lèvres de la plaie; le dernier, à droite, avait coupé les deux lèvres. La malade est remise dans la même position que les premiers jours.

Le 19, plus d'écoulement par le vagin. La malade rend deux caillots de sang, l'urine est parfaitement limpide.

Le 20, nouveaux caillots sanguins.

Le 21, quelques gouttes d'urine passent par la fistule.

Le 24, cautérisation du pertuis qui donne passage à l'urine; nouvelles cautérisations les jours suivants; la malade ne perd pas quand elle est assise; la fistule est réduite à de très-petites dimensions, mais on n'obtient pas son oblitération complète, et il sera probablement indispensable de pratiquer un nouvel avivement pour avoir un succès complet.

SEPTIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE

Division des kystes de l'ovaire. — Kystes fibro-séreux et kystes dermoïdes. Kystes para-ovariens. — Kystes simples et kystes composés. — Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire au début.

Messieurs,

Il y a vingt ans, la plupart des chirurgiens regardaient encore comme téméraire d'ouvrir la cavité abdominale pour en extraire ces tumeurs, si souvent volumineuses, qui portent le nom de *kystes de l'ovaire*, mais aujourd'hui les esprits les moins hardis sont familiarisés avec l'idée des dangers que fait courir aux malades la gastrotomie. Non-seulement cette opération n'est plus considérée actuellement comme une de ces tentatives désespérées auxquelles on se ne résout qu'en présence d'accidents d'une gravité exceptionnelle qui nous forcent à recourir aux procédés les plus violents, mais elle est entrée dans la pratique ordinaire de la chirurgie sous les auspices de quelques novateurs qui depuis un petit nombre d'années ont multiplié leurs essais et obtenu les succès les plus éclatants. Le jour est, je crois, venu où il n'est plus permis d'assister en spectateurs inactifs à la lente agonie des malades atteintes de kystes de l'ovaire, et le temps n'est plus où l'on n'avait à opposer à la reproduction toujours plus abondante du liquide contenu dans ces tumeurs que

la ponction presque constamment inefficace, et les injections ou l'incision, ressources sur lesquelles on ne peut compter que dans des cas tout à fait spéciaux. Il est aujourd'hui démontré que l'ovariotomie n'est pas en elle-même plus dangereuse que bien des opérations qu'on a de tous temps pratiquées comme nécessaires, malgré la fréquence des accidents qu'elles entraînent, et c'est là un mode de traitement radical qui, s'il ne tue pas, est suivi d'une complète guérison.

La plupart des femmes atteintes de la redoutable affection dont je veux vous entretenir ne viennent trouver un chirurgien qu'après avoir subi une ou plusieurs ponctions; ces opérations sont encore pratiquées volontiers par les médecins comme traitement palliatif, et cependant nous verrons que les ponctions, quelquefois dangereuses par elles-mêmes, constituent souvent une cause d'inflammation partielle du péritoine, d'où résultent des adhérences qui compromettent les chances de succès que pourrait offrir l'ovariotomie. Les ponctions ont en outre le grave inconvénient de faire concevoir aux malades de fausses espérances; les femmes comptent sur une guérison obtenue par un traitement exempt de dangers et n'exigeant qu'une longue patience, aussi repoussent-elles souvent plus tard une opération dont on ne leur dissimule jamais la gravité, ou ne s'y soumettent-elles qu'épuisées par ces sortes de saignées séreuses, qu'on a parfois renouvelées jusqu'à vingt fois dans une année, et cela sans aucun bénéfice.

Si chez une malade encore pleine de vigueur et de santé, vous savez reconnaître un kyste de l'ovaire au début, quel service ne lui rendrez-vous pas, Messieurs, en l'engageant à subir l'ovariotomie dans les conditions les plus favorables à son succès? Or pour être à même de remplir

tout au moins le rôle si utile de conseiller, il est indispensable de connaître à fond l'histoire clinique et même anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire.

Ceux d'entre vous qui dans le cours de leur pratique aborderont les difficultés de la chirurgie, ne doivent pas craindre d'entreprendre une opération destinée à donner dans l'avenir de plus beaux résultats encore que ceux qu'elle nous permet d'obtenir actuellement. De jour en jour la proportion des succès s'élève dans les statistiques, et il est permis de croire que bientôt la gastrotomie ne sera plus tentée seulement dans les cas de kystes de l'ovaire, mais appliquée au traitement d'un grand nombre de tumeurs abdominales, des corps fibreux utérins, par exemple. Déjà d'assez nombreuses tentatives ont été faites dans cette voie et le succès les a couronnées; vous devez tous, chirurgiens de la ville et praticiens des campagnes, imiter la conduite de vos maîtres, et cela avec d'autant plus de confiance que vous serez plus loin des grands centres de population. L'ovariotomie n'est pas plus difficile, dans la majorité des cas, que certaines amputations avec lesquelles la fréquentation des amphithéâtres vous a familiarisés, et vous ne devez pas reculer devant une opération qui est le seul traitement rationnel à opposer à la plupart des kystes ovariques. Quand les générations qui suivront la nôtre auront pris l'habitude de ne pas laisser à quelques-uns le soin de pratiquer les ovariotomies, il en sera des kystes de l'ovaire comme des fistules vésico-vaginales; les femmes qui en sont atteintes cesseront d'affluer dans nos grandes villes, où un air vicié vient largement contrebalancer les avantages que peut offrir l'habileté des opérateurs; les malades guériront sur place, dans leur province ou dans leur village, et sans aucun doute en plus grand nombre qu'à Paris.

Je tenais à vous exposer, Messieurs, les motifs qui m'ont décidé à vous parler des kystes de l'ovaire avec tous les développements que la question comporte. Trois malades qui se trouvent actuellement réunies dans mon service, me serviront à faire une application directe à la clinique des notions théoriques que vous pourrez puiser dans cette leçon ; toutes trois sont atteintes de la même maladie, mais malheureusement une seule d'entre elles me semble en état d'être opérée; le pourquoi, nous le discuterons ensemble. Chacune présente une physionomie spéciale, et vous avez là sous les yeux les différents aspects que nous offrent successivement une même malade dont on laisse l'affection progresser sans intervenir chirurgicalement; c'est une bonne fortune pour moi que de pouvoir les comparer devant vous, en vous faisant suivre ainsi la marche naturelle des kystes de l'ovaire.

Avant d'aborder la partie clinique de mon sujet, celle qui sans contredit est la plus essentielle, je veux cependant entrer dans quelques détails précis sur l'anatomie pathologique des kystes ovariens.

Les kystes de l'ovaire sont des tumeurs plus ou moins volumineuses, formées par une ou plusieurs poches membraneuses, dont le contenu est variable, et qui sont développées aux dépens des éléments de l'ovaire.

Il vous semble peut-être que cette dernière phrase est inutile, puisque je définis une affection de l'ovaire, je la maintiens toutefois, voulant exprimer l'importance que j'attache à ne pas comprendre parmi les kystes de l'ovaire des kystes développés dans le voisinage de la glande, aux dépens de tissus ou d'organes qui n'ont avec elle que des rapports de voisinage. Il faut donc distinguer parmi les tumeurs que trop souvent l'on confond sous le nom de kystes

de l'ovaire, celles qui sont réellement ovariennes et celles que l'on peut appeler extra-ovariennes, ou mieux para-ovariennes, pour indiquer leur situation exacte dans le petit bassin.

Les *kystes para-ovariens* qui peuvent donner lieu à la plupart des symptômes des kystes de l'ovaire proprement dits, et qui paraissent parfois avoir l'ovaire pour point de départ, si l'on ne se livre qu'à une dissection peu minutieuse, ne sont souvent qu'une hydropisie de la trompe ou une dilatation kystique des débris du corps de Wolff, contenus entre les lames du ligament large. Comme Bauchet, je ne crois pas qu'il existe de kystes du ligament rond, ce cordon n'ayant pas de cavité centrale.

Les *kystes des trompes* de Fallope peuvent coïncider avec un kyste de l'ovaire; ainsi se trouve constituée une variété de kystes bien décrits par A. Richard sous le nom de *kystes tubo-ovariens* et sur lesquels je reviendrai; ils existent aussi sans que l'ovaire soit aucunement altéré dans sa structure, et ce sont alors de véritables kystes para-ovariens, dont je n'ai pas à vous tracer une histoire complète, mais que je vous décrirai en deux mots.

Ces kystes siégent de chaque côté ou d'un seul côté de l'utérus et forment une ou deux poches plus ou moins volumineuses. Si les deux trompes sont dilatées, dit Bauchet, les tumeurs se touchant souvent à la partie postérieure de l'utérus, semblent alors ne former qu'une grosse tumeur liquide avec deux prolongements qui se dirigent vers les cornes utérines; l'utérus repose, pour ainsi dire, sur cette masse comme sur un coussinet.

Tantôt le pavillon seul est dilaté par un liquide presque toujours séreux, et la trompe proprement dite ne participe pas à la formation de la tumeur; l'orifice abdominal est,

dans tous les cas, complétement fermé; tantôt la trompe elle-même est dilatée et prend l'aspect d'une anse intestinale insufflée. Il existe alors du côté de l'orifice utérin une oblitération ou du moins un rétrécissement très-prononcé du conduit qui ne permet l'introduction dans la cavité kystique que d'un très-fin stylet. Quelquefois on trouve sur la trompe plusieurs kystes échelonnés comme des grains de chapelets. Enfin, je dirai que ces tumeurs, en général transparentes, grâce à la minceur de leurs parois et à leur contenu séreux, sont plus ou moins confondues avec l'ovaire qu'on peut cependant retrouver intact par la dissection.

Je n'insiste pas, Messieurs, sur les *kystes de l'organe de Rosenmüller* ou débris du corps de Wolf, qu'on a aussi décrits sous le nom de *kystes des ligaments larges;* ils n'atteignent pas en général un volume susceptible d'attirer l'attention des malades et ne prêtent à aucune confusion clinique avec les véritables kystes de l'ovaire (1).

Je diviserai les *kystes de l'ovaire*, ceux dont le point de départ est uniquement dans la glande elle-même, en deux grandes classes : les *kystes fibro-séreux* et les *kystes dermoïdes*, ne voyant pas de raisons suffisantes pour admettre des kystes fœtaux distincts des kystes dermoïdes. Ces derniers sont ceux qui contiennent de la graisse, des poils, des dents, des os rudimentaires, etc.; je les laisserai de côté.

Les *kystes fibro-séreux* ne renferment aucun élément qu'on puisse rattacher à un produit de conception, ils sont constitués par une paroi fibro-séreuse plus ou moins épaisse, distendue par un liquide dont la nature est essen-

(1) Voyez la leçon suivante où je décris ces kystes, en parlant d'une malade qui a succombé à un avortement causé par la présence, dans l'abdomen, d'un corps fibreux sous-péritonéal.

tiellement variable; à l'élément kystique peut être joint un élément dit néoplasique, c'est-à-dire que certaines tumeurs peuvent être mi-partie kystiques, mi-partie solides, sarcomateuses, épithéliales ou carcinomateuses. J'appellerai ces dernières tumeurs *kystes composés*, pour les opposer à celles que je nommerai *kystes simples* et qui sont exclusivement kystiques.

Bien des divisions des kystes de l'ovaire ont été proposées, et leur multiplicité a contribué à jeter quelque obscurité sur le sujet, celle que j'adopte me paraît simple et par conséquent avantageuse; quant aux kystes dermoïdes que la plupart des auteurs font rentrer dans les kystes composés, ils me semblent former une variété à part, aussi ai-je cru devoir en faire une classe spéciale.

L'origine des kystes fibro-séreux est très-probablement dans l'hydropisie d'une ou de plusieurs des vésicules dites de de Graaf, qui sont disséminées en grand nombre dans le stroma de l'ovaire. Ces vésicules, formées d'une paroi tapissée d'un épithélium et dont le contenu est albumineux, représentent, comme l'a fort bien fait remarquer Cazeaux, des *kystes de l'ovaire en miniature*. Rappelez-vous les modifications qu'elles subissent aux époques menstruelles, alors qu'elles sont distendues par le liquide dont la sécrétion est momentanément exagérée, et vous comprendrez comment, si leur rupture n'a pas lieu et si le liquide ne se résorbe pas, elles peuvent constituer des kystes susceptibles de prendre plus tard un accroissement considérable.

Je ne fais pas ici une simple hypothèse; quelle que soit l'influence de la menstruation sur le début et le développement des kystes, influence qui n'est pas encore bien connue, on ne peut révoquer en doute l'origine que

tous les auteurs s'accordent à assigner à ces tumeurs. On retrouve souvent en petit, dans un ovaire à peine plus gros qu'à l'état normal, toutes les variétés de grands kystes. Les uns sont uniloculaires, les autres au contraire multiloculaires, ils contiennent en général un liquide séreux, et sont limités par une coque fibreuse; tantôt ils proéminent à la surface de la glande, tantôt ils sont contenus dans le stroma; et à la coupe, l'ovaire présente alors l'aspect de ces tumeurs kystiques du testicule décrites par A. Cooper. On conçoit que l'un de ces kystes puisse se développer au point de suivre la marche de ceux que nous avons à traiter chirurgicalement, mais ils peuvent aussi rester stationnaires, et il faut avouer que c'est surtout chez les femmes âgées qu'on les rencontre. D'après M. Cruveilhier, ils constitueraient un des principaux modes d'atrophie sénile des ovaires. Rien ne vous sera plus facile que d'étudier vous-mêmes ces kystes en miniature, si vous prenez la peine d'inciser au hasard quelques ovaires dans les autopsies, ou si vous examinez ces glandes lorsqu'elles vous présenteront quelques bosselures fluctuantes.

L'origine des kystes aux dépens des follicules de de Graaf me paraît au-dessus de toute discussion, et grâce à cette interprétation du fait anatomo-pathologique, nous comprenons aisément comment les kystes peuvent être multiples. Les kystes de l'ovaire sont en effet *uniloculaires*, *multiloculaires* ou *multiples*. La première variété est la moins fréquente sans contredit, et il arrive souvent qu'un kyste paraisse uniloculaire quand en réalité il est formé de plusieurs loges, grâce au volume considérable qu'acquiert l'une d'entre elles. En général, dans ces cas, les kystes secondaires sont groupés autour du pédicule, et cette disposition rend en quelque sorte inévitable l'erreur du chi-

rurgien qui n'apprécie les caractères que de la poche principale. Pour lui le kyste est uniloculaire, il l'est cliniquement à coup sûr, mais si par bonheur on en obtenait l'oblitération en développant une inflammation adhésive de ses parois, la maladie récidiverait bientôt ou pourrait du moins récidiver par suite de la distension progressive des loges sous-jacentes à la première. Je vous signale en passant ce point intéressant de l'histoire des kystes soi-disant uniloculaires, j'y reviendrai à propos des indications opératoires.

Les kystes auxquels je fais allusion sont-ils en réalité multiloculaires ou ne sont-ils pas plutôt multiples ?

On peut appeler *kystes multiples* ceux qui sont formés par l'adossement de plusieurs kystes primitivement distincts, c'est-à-dire développés aux dépens d'un certain nombre de follicules de de Graaf. Il est facile de reconnaître au début l'indépendance des vésicules ovariennes dilatées, alors qu'elles sont encore contenues dans le stroma de la glande, mais lorsque les kystes en se portant à l'extérieur ont distendu et aminci les lames de tissus qui les recouvraient, ils s'adossent les uns aux autres, leurs parois se confondent et l'on doit souvent méconnaître leur véritable mode d'évolution ; on ne constate qu'une chose, c'est que la tumeur qu'on dissèque contient plusieurs loges, et j'ai la conviction qu'on confond souvent des kystes multiples avec des *kystes multiloculaires*.

Ceux-ci, qui forment la variété la plus commune, doivent être primitivement uniloculaires en raison de leur origine dans une vésicule de de Graaf ; ce n'est que plus tard qu'ils se cloisonnent par suite d'une prolifération de leur paroi. Entre les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires, peuvent se ranger les kystes formés d'une seule loge tra-

versée par des brides qui semblent, comme le fait remarquer M. Cruveilhier, destinées à servir d'arcs-boutants et à relier entre elles les parois du kyste. Dans d'autres cas, le kyste est divisé en compartiments par des cloisons incomplètes, c'est là une variété de kystes qu'on peut appeler *uniloculaires cloisonnés ;* les orifices qui font communiquer les loges entre elles sont en général à bord réguliers et comme taillés à l'emporte-pièce; peut-être résultent-ils de la distension des loges et ne sont-ils que le résultat de véritables perforations. Ce qui nous porterait à le croire, c'est que ce cloisonnement incomplet s'observe surtout entre quelques loges seulement de kystes franchement multiloculaires.

J'ai dit que les cloisons de cette dernière variété se formaient par prolifération de la paroi du kyste; suivant M. Wilson Fox, qui a bien étudié ce point de pathogénie, elles succéderaient à la fusion d'excroissances fibroïdes papillaires, nées de la surface interne de la coque fibreuse. Les kystes multiloculaires ainsi constitués ont reçu le nom de *kystes prolifères*, mais ces altérations de la paroi n'aboutissent pas toujours à la production de cloisons, et les végétations que M. Cruveilhier a notées dans les *kystes uniloculaires*, qu'il nomme *végétants*, me paraissent se rapporter au même processus. Pour moi, je crois qu'un grand nombre de ces kystes végétants ou prolifères ne sont que des cysto-sarcomes ou des cancers, et je les rangerais volontiers parmi les kystes composés dont la marche est tout autre que celle des kystes simples uni- ou multiloculaires.

Peut-être des cloisons peuvent-elles se former au sein d'un kyste uniloculaire sans qu'on ait besoin d'invoquer le processus qui préside à l'accroissement des sarcomes ou

des cancers, toutefois j'inclinerais à penser que les kystes multiloculaires que j'appellerai bénins pour les opposer aux kystes composés, ne sont que des kystes multiples, c'est-à-dire une agrégation de kystes primitivement uniloculaires et nés chacun d'une vésicule de de Graaf. Ce qui viendrait à l'appui de mon opinion, c'est que Rokitansky, en étudiant un kyste multiple, a trouvé un ovule dans chacune des vésicules qui n'avaient encore atteint qu'un très-médiocre volume.

Ce que j'avais à vous dire des *kystes composés* ou *mixtes*, Messieurs, se trouve singulièrement simplifié par les quelques considérations que je viens de vous soumettre. Je rangerai dans cette variété, comme Kiwisch, comme Paget et la plupart des auteurs, non-seulement les cysto-sarcomes et les cysto-carcinomes, mais encore les kystes prolifères et même les kystes végétants, tout en faisant peut-être pour ces derniers quelques restrictions. Les sarcomes, les carcinomes et les fibromes de l'ovaire sont tous susceptibles, dans cette glande comme dans tous les tissus, de subir un ramollissement cystoïde en quelques points, mais ces cavités, résultat d'une véritable délitescence des éléments de la tumeur, ne sauraient être considérées comme des kystes de l'ovaire.

Qu'un fibrome soit creusé de géodes, qu'il existe des foyers de ramollissement dans un cancer, quelle qu'en soit la variété, ou dans un sarcome, il n'y a pas lieu de créer là une variété spéciale de kyste de l'ovaire, mais il est possible que de véritables kystes, des vésicules ovariennes hydropiques, coexistent avec une dégénérescence quelconque de la glande, et, quoique alors leur importance soit secondaire, on se trouve en présence d'un kyste composé ou mixte. Ces kystes composés, si je fais exception des kystes

prolifères, doivent être rares, car presque toujours les vésicules de de Graaf sont étouffées par les éléments de la tumeur, néanmoins l'hydropisie des follicules est possible, et quant aux kystes prolifères, nous avons vu que l'altération porte sur les parois des cavités et aboutit finalement à un cloisonnement plus ou moins prononcé. Les bourgeons végétants dont je vous ai parlé peuvent à la longue remplir presque toutes les loges et transformer une tumeur primitivement kystique en une masse solide ne contenant que peu de liquide.

Je n'insiste pas plus longtemps, Messieurs, sur l'anatomie pathologique des kystes composés : vous les décrire avec détail serait vous tracer l'histoire des tumeurs de l'ovaire en général, du sarcome, du cancer, etc. Leur marche diffère sous bien des rapports de celle des véritables kystes, j'y reviendrai à propos d'une malade qui est couchée dans nos salles, et lorsque nous nous occuperons des questions de diagnostic. Le contenu des loges est essentiellement variable; indépendamment des végétations des parois et des débris du tissu morbide qui constitue la masse fondamentale de la tumeur, ces loges renferment un liquide séreux ou albumineux, souvent du pus, du sang et des cristaux de cholestérine, enfin, comme dans les kystes simples multiloculaires, le contenu des cavités peut différer dans chacune d'elles.

Je ne puis oublier de vous dire quelques mots d'une variété intéressante que M. Cruveilhier a décrite sous le nom de *kystes aréolaires* ou *vésiculaires*, et qui doit trouver place à côté des kystes multiloculaires; ces kystes sont, en effet, très-importants à connaître au point de vue clinique, et j'aurai occasion de vous citer quelques cas où le diagnostic en a pu être porté pendant la vie. Si l'on

étudie les observations de kystes aréolaires qui ont été publiées, on voit que dans ces cas l'ovaire est transformé en une masse aréolaire ayant parfois l'aspect et le volume du placenta, et subdivisée par d'assez fines cloisons, tantôt complètes, mais plus souvent percées d'ouvertures de communication nettement découpées comme à l'emporte-pièce, en loges ou vésicules de capacités éminemment diverses. Petites en général et offrant l'apparence des alvéoles d'une ruche à miel, ces loges peuvent, dans un même kyste, être les unes grosses comme une noisette, les autres du volume d'une orange et même d'une tête de fœtus à terme. Toutes les combinaisons sont possibles; tantôt le kyste est composé en totalité de très-petites cellules, tantôt l'une d'elles atteint le volume d'un kyste uniloculaire d'une capacité assez considérable. Toutes ces loges font un relief plus ou moins visible à la surface de la masse totale et sont généralement globuleuses. Tantôt les parois des cellules sont minces et transparentes, tantôt elles sont opaques et douées d'une certaine résistance. Sur certaines pièces, en ouvrant un des kystes, on voit les kystes voisins proéminer dans la cavité dont on a incisé la paroi. Enfin, les parois seules de certains kystes uniloculaires peuvent présenter cette structure alvéolaire. Quant au liquide contenu dans les alvéoles, il a généralement la consistance d'une gelée plus ou moins fluide et diversement colorée; il peut être blanc, brun ou jaunâtre, et on l'a comparé, suivant les cas, à une solution épaisse de gomme arabique ou à du miel. Partout il est dit que ce liquide présentait une apparence colloïde.

Il est regrettable que la plupart des observations qui nous ont fait connaître ces kystes aient été prises à une époque où le microscope jouait un faible rôle dans les

examens de tumeurs; il est bien dit que le contenu des kystes se composait exclusivement de matière amorphe, mais comme je ne connais pas de description donnée par les histologistes de ces tumeurs décrites par M. Cruveilhier et par les auteurs français, je serais tenté de croire que les micrographes qui en ont sans doute observées, les rangent parmi les cancers colloïdes. Je voudrais pouvoir être à ce sujet plus affirmatif, malheureusement les faits que j'ai à ma disposition ne me permettent pas d'émettre une opinion basée sur des examens complets et suffisamment rigoureux.

Peut-être vous étonnez-vous, Messieurs, de ne pas voir figurer les *kystes hydatiques* parmi les nombreuses variétés de kystes de l'ovaire que je vous ai rapidement décrites. Leur rareté est cause du silence que gardent sur ce point la plupart des auteurs. M. Charcot, sur douze cas d'hydatides du petit bassin qu'il avait rassemblés en 1852, ne nous en montre que deux où le point de départ de la maladie ait été primitivement dans l'ovaire. En général, les kystes hydatiques de la région naissent, soit sous le péritoine, entre le rectum et le vagin, ou entre l'utérus et la vessie; je n'en ai pas observé pour mon compte qui se soient développés dans l'ovaire, et, ce qui est certain, c'est que malgré les nombreuses ovariotomies pratiquées depuis vingt ans, et malgré les nombreux travaux publiés sur les kystes de l'ovaire, il n'en a pas été donné de bonne description. Parfois, dans une autopsie, on trouve dans la cavité abdominale une ou plusieurs poches hydatiques, et à première vue, on pourrait, dans certains cas, croire qu'elles ont pris naissance dans l'ovaire, mais en général les kystes se sont développés dans le rein, dans l'épiploon ou sous le péritoine, et l'ovaire est trouvé intact. Le diagnostic des

hydatides de l'ovaire paraît donc jusqu'à présent à peu près impossible à établir pendant la vie; leurs symptômes doivent être les mêmes que ceux des kystes ordinaires; le frémissement seul, s'il était constaté, pourrait, en dehors de la ponction, éclairer le chirurgien, mais vous savez combien il faut peu compter sur ce signe infidèle qui nous fait presque toujours défaut.

Je n'aurais pas rempli jusqu'au bout, Messieurs, la tâche que je me suis imposée, si je ne complétais ces notions d'anatomie pathologique par quelques détails sur la structure intime des kystes simples.

La paroi des kystes, que ceux-ci soient uni- ou multiloculaires, est essentiellement fibreuse; en général d'aspect blanchâtre et d'une teinte opaline, elle est quelquefois comme transparente; dans ce dernier cas surtout il semble que l'on suive le trajet de chacune des fibres qui paraissent s'écarter dans certains points les unes des autres, pour s'entrecroiser ailleurs en formant un feutrage très-serré. Ces différences d'aspect et de couleur sont en rapport avec l'épaisseur de la coque qui contient le liquide; celle-ci, lorsqu'elle est demi-transparente et bleuâtre, est presque toujours très-mince; la teinte blanche appartient en général aux parois épaisses. Dans les kystes multiloculaires, le point qui répond à l'adossement de deux loges ou à leur cloison de séparation est souvent déprimé légèrement, et là se trouve un épaississement notable du tissu fibreux.

Comme M. Cruveilhier, je me refuse à admettre dans les parois des kystes les quatre couches décrites par M. Dubrueil, c'est-à-dire, de dehors en dedans, un feuillet séreux, dépendance du péritoine, un feuillet fibreux, une couche musculeuse et une membrane interne; cette dernière n'existe pas indépendamment du feuillet fibreux sous-

jacent, à moins que l'on ne considère comme telle une lamelle de consistance variable qui se forme souvent aux dépens du liquide contenu et n'est composée presque toujours que de dépôts fibrineux plus ou moins en état de régression. Dans les kystes jeunes, il est vrai, la surface interne des loges peut présenter un aspect lisse et séreux et être tapissée de cellules épithéliales, mais quelle différence ne doit-on pas établir entre un revêtement épithélial et une membrane proprement dite? Quant à la couche musculaire, je ne crois pas non plus qu'elle existe à l'état de feuillet, et si l'on a trouvé des fibres lisses dans la paroi de certains kystes, cette disposition est loin d'être constante.

Il n'y a donc, à proprement parler, dans les parois des kystes simples que deux couches, l'une péritonéale, parfois tellement amincie qu'on peut croire qu'elle a disparu, et sur certains points, en effet, cette couche me semble pouvoir manquer, l'autre fibreuse, qui par sa face interne est en rapport immédiat avec le contenu de la poche. Ce feuillet fibreux est souvent très-mince, si mince même que, pendant l'ovariotomie, il semble qu'une pression un peu forte exercée sur le kyste doive le faire éclater, mais il présente parfois une épaisseur de près d'un centimètre en certains endroits et une résistance considérable; sa solidité peut même encore être augmentée par des plaques et des incrustations calcaires ou cartilagineuses qui se rencontrent surtout sur les kystes anciens.

Tous les kystes de l'ovaire, Messieurs, ont un *pédicule*, si l'on entend par là le point qui répond au lieu d'origine du kyste et celui par lequel passent tous les vaisseaux qui vont se distribuer à la tumeur ou qui ramènent dans le grand cercle circulatoire le sang qui a servi à sa nutrition; toutefois il ne faut pas envisager ce pédicule en

anatomiste et il n'y a à proprement parler de pédicule que dans le cas où le kyste semble appendu à une tige flexible qui lui laisse une certaine mobilité, ou répond du moins à une ligne de démarcation bien nette entre la tumeur et les tissus sains. Trop souvent le kyste est en réalité sessile et paraît greffé sur l'utérus par exemple, grâce aux adhérences qu'il a prises à sa surface. Où est alors le pédicule? chirurgicalement il n'en existe pas, et dans l'ovariotomie l'opérateur est contraint d'en créer un d'une façon tout artificielle. Je reviendrai, Messieurs, sur cette importante question quand nous parlerons médecine opératoire; qu'il vous suffise de savoir maintenant que le pédicule vrai d'un kyste est le lieu de réunion de tous les vaisseaux destinés à alimenter la tumeur.

La surface des kystes est pour ainsi dire toujours sillonnée par des canaux bleuâtres qui forment des réseaux en général à mailles larges et irréguliers; se détachant en relief sur la coque fibreuse, ils semblent creusés dans son épaisseur et sont situés immédiatement sous le péritoine. Ces canaux, plus ou moins distendus par un sang noirâtre, sont dépressibles au point de fournir au doigt la sensation d'une véritable rigole; si on les perce avec la pointe d'un bistouri, leurs parois s'affaissent, en un mot ils ont la plus grande analogie d'aspect avec les sinus de la dure-mère, quoique plus saillants. Ce sont là les veines superficielles des kystes, veines qui paraissent réduites à leur membrane interne soutenue par du tissu fibreux, et qui atteignent parfois de très-grandes dimensions. En outre de ce réseau veineux sous-péritonéal, les kystes ont un réseau profond dont les branches sont plus multipliées et beaucoup plus petites.

Quant aux artères, elles sont loin d'atteindre le dia-

mètre des veines; à peine reconnaissables sans injection préalable, elles se dissimulent dans la paroi et dans les cloisons et ne sont un peu volumineuses qu'au niveau du pédicule; la section de celui-ci s'accompagne trop souvent d'hémorrhagie pour qu'on néglige d'en tenir compte, mais Delpech s'exagérait certainement les dangers qui pourraient résulter de la piqûre d'une artère de la paroi, pendant une ponction. Dans l'intervalle des canaux veineux, à la surface des kystes ou dans l'intérieur des cloisons, on aperçoit à l'œil nu des réseaux rosés formés par de longs capillaires, mais on peut dire que la pointe d'un trocart, si elle ne rencontre pas un des larges sinus dont j'ai parlé, peut perforer la paroi fibreuse sans qu'on ait à redouter le moindre épanchement sanguin dans l'intérieur de la cavité péritonéale.

Je n'insiste pas ici sur le contenu des kystes simples, cette étude nous occupera quand nous traiterons des questions de diagnostic et quand nous chercherons à établir les indications de l'ovariotomie et celle de l'injection iodée. La consistance du liquide, sa couleur, sa composition chimique et histologique sont essentiellement variables. Nous verrons qu'on tire de l'examen du contenu des kystes des renseignements précieux sur l'âge des tumeurs, sur la nature et l'état de leurs parois, sur le nombre des cavités etc.

La première des trois malades dont nous devons nous occuper est une jeune femme de vingt-huit ans, entrée dans notre service le 2 octobre 1871. Cette femme qui est couchée au n° 12, nous affirme avoir toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à ces dernières années. Dans son enfance elle n'a fait aucune maladie sérieuse, la menstruation qui s'est établie à douze ans et demie est restée

régulière pendant douze années environ. Pendant sa jeunesse et avant les troubles qui sont survenus depuis peu dans sa santé, la malade était grasse et forte; elle s'est mariée vers l'âge de dix-neuf ans, mais n'a pas eu d'enfant.

Il y a quatre ans et demi, à la suite d'une vive frayeur, ses règles s'arrêtèrent et ne reparurent que deux mois après; néanmoins elles devinrent, à partir de cette époque, extrêmement irrégulières; tantôt elles apparaissaient tous les quinze jours, tantôt trois ou quatre fois dans un mois. Cette irrégularité de la menstruation dura deux ans. Depuis deux ans et demi la malade est parfaitement réglée; toute espèce de trouble du côté de cette fonction paraît avoir définitivement cessé.

Il y a quatre ans et demi, au moment de la suppression des menstrues, la malade éprouva quelques douleurs de reins qu'elle attribua à cet accident, mais en même temps elle remarqua que son ventre grossissait, sans qu'il lui fût possible de déterminer de quel côté se développait la tumeur dont elle soupçonnait l'apparition. Sa santé générale du reste se maintenait bonne et la malade ne souffrait pas, mais elle s'inquiétait, et si elle eut un instant la pensée qu'elle pouvait être enceinte, elle la repoussa bientôt, lorsque ses règles revinrent plus abondantes et surtout plus rapprochées que de coutume, au bout de deux mois. C'est alors qu'elle alla trouver Foucher qui fit une ponction; celle-ci donna issue à 2 ou 3 litres d'un liquide vert et filant, et fût suivie d'une injection iodée. La présence de la teinture d'iode dans le kyste ne provoqua pas de bien vives douleurs, et au bout de huit jours la malade put se lever; trois semaines plus tard elle sortait de l'hôpital, mais quatre ou cinq mois après

le ventre était redevenu aussi volumineux qu'avant la ponction.

Depuis lors la malade ressentit constamment des douleurs lancinantes dans le bas-ventre et surtout à droite, au voisinage du point où avait été enfoncé le trocart. Pendant ces trois dernières années les douleurs ne l'ont pas quittée, et si elle a pu cependant vaquer aux soins de son ménage, elle a été à différentes reprises atteinte de véritables poussées de péritonite, caractérisées par de la fièvre et des vomissements. Il y a un mois, elle a passé quinze jours à l'Hôtel-Dieu pour ces vomissements qui étaient survenus au milieu d'un état de santé relativement bon depuis six à huit mois. Aujourd'hui la malade vient nous demander de faire tous nos efforts pour la guérir radicalement d'une affection dont elle ne se dissimule pas toute la gravité.

Comme vous avez pu le constater vous-mêmes, Messieurs, la malade est assez maigre, mais elle ne présente nullement un aspect cachectique. Comparez sa physionomie à celle d'une pauvre femme couchée au n° 4, et vous ne croirez pas avoir affaire à la même maladie, ce qui est cependant le cas. L'une va et vient dans la salle, un peu courbée en avant il est vrai et sans avoir toute la liberté de ses mouvements, l'autre est alitée et paraît sur le point de succomber d'un moment à l'autre, tant elle est pâle, décharnée et affaiblie. La première a toutefois ses jours d'épreuve, car de temps en temps elle est reprise de vomissements que nous sommes impuissants à arrêter ; elle souffre alors cruellement, et chaque contraction du diaphragme, chaque effort aboutissant à l'expulsion de quelques gorgées d'un liquide porracé retentit douloureusement sur le bas-ventre et ravive les élancements qui siégent au niveau du point ponctionné il y a quatre ans.

Si nous la découvrons pour examiner son ventre, nous trouvons celui-ci globuleux et arrondi ; la saillie nettement dessinée qu'il fait en avant est limitée en haut par l'appendice xiphoïde sur la ligne médiane et latéralement par le rebord des dernières côtes. La présence d'une tumeur abdominale est bien démontrée par la percussion qui nous donne une matité absolue sur toute la ligne médiane depuis la symphyse du pubis jusqu'au sternum. Quand je dis jusqu'au sternum, je me trompe, car entre la pointe de cet os et la tumeur mate il existe un espace où l'on constate de la sonorité, espace certainement occupé par des anses intestinales ; celles-ci entourent le kyste en lui formant une sorte de coussinet qui le déborde latéralement ; dans les flancs et dans les fosses iliaques on retrouve en effet de la sonorité.

La tumeur nous offre, à travers les parois abdominales qui ne sont ni infiltrées ni sillonnées de réseaux veineux et paraissent assez minces, une surface lisse et régulière. En aucun point on ne sent de bosselures, le nombril seul fait une légère saillie au centre de la rotondité du ventre comme le mamelon sur un sein ferme et parfaitement hémisphérique. Le kyste est tendu, élastique plutôt que fluctuant, aussi ne perçoit-on pas la sensation de flot ; ses parois ne paraissent pas épaisses.

Si l'on veut pratiquer le toucher vaginal, on se sent le doigt très-serré en pénétrant dans le vagin ; il faut le glisser entre la paroi postérieure du conduit et une tumeur qui refoule la paroi antérieure en bas. Cette tumeur vient presque apparaître à la vulve du côté droit et fait saillir le tubercule antérieur du vagin entre les petites lèvres ; elle est tendue, élastique et fluctuante, et offre la même consistance que la tumeur abdominale ; elle est immobile et en-

clavée à coup sûr dans la cavité du petit bassin. En la contournant avec la face antérieure du doigt, on glisse sur elle jusqu'au cul-de-sac du vagin qui est situé très-haut et à gauche. Il est possible alors, sinon facile, de sentir le col utérin appliqué contre les parois du bassin.

Par le rectum on apprécie parfaitement tous les caractères de la tumeur dont on peut palper avec le doigt la surface sur une assez vaste étendue.

Enfin, si l'on veut introduire une sonde dans la vessie, il faut abaisser fortement son pavillon afin de diriger le bec presque directement en haut.

Tels sont les renseignements que nous fournit l'examen de la tumeur à laquelle nous avons affaire; malgré son volume, bien que le rectum soit comprimé, quoique la vessie soit repoussée en avant et malgré la compression des anses intestinales et le refoulement du diaphragme en haut, la respiration n'est pas gênée, la digestion se fait bien et l'on ne constate aucun trouble du côté de la miction et de la défécation; seuls les élancements dont j'ai parlé et les vomissements qui surviennent de temps à autre sont une cause de souffrances pour la malade.

Comme les affections utérines, les kystes de l'ovaire se développent principalement pendant la période d'activité des fonctions sexuelles de la femme, sans que l'on puisse spécifier au juste sous quelle influence immédiate. Les statistiques paraissent démontrer que les kystes sont plus fréquents chez les femmes agées de vingt à quarante ans que chez celles qui n'ont pas encore atteint ou ont dépassé cette période moyenne de la vie. Notre malade a vingt-huit ans, mais au n° 8 est couchée une femme de cinquante ans qui, elle aussi, est atteinte de la même affec-

tion. Les kystes de l'ovaire sont loin d'être rares, en effet, chez les femmes âgées, mais il est juste de dire qu'ils ont peut-être débuté vers l'époque de la ménopause, alors que l'appareil utéro-ovarien devenait le siége de cette dernière congestion plus forte que toutes les autres, qui aboutit souvent à des pertes abondantes et qui ne semble pas sans influence sur la production des néoplasmes.

Il est sans doute exceptionnel de voir des kystes de l'ovaire chez les jeunes filles ou chez les enfants, toutefois on en a observé chez de petites malades non menstruées et même fort peu de temps après la naissance.

C'est vous dire, Messieurs, que la virginité ne met pas les femmes à l'abri de cette maladie, et d'autre part j'ajouterai que les auteurs qui se sont attachés à rechercher l'influence que pouvaient avoir sur son développement le mariage, les conceptions antérieures et le veuvage, ne sont arrivés à aucune conclusion. Notre malade est mariée mais n'a pas eu d'enfant, celle du n° 8 l'est également et en a eu deux ; je n'insisterai pas sur ces questions d'étiologie dont tout l'intérêt disparaît en l'absence de résultats acquis.

La cause de la maladie que les femmes rapportent si souvent à un coup, à une chute ou à une circonstance frivole, nous échappe totalement ; mieux vaut avouer notre ignorance que de nous perdre avec certains auteurs dans le domaine de la pure fantaisie, car rien n'est, suivant moi, plus inutile et plus fatigant pour l'esprit que de surcharger sa mémoire de théories qui ne reposent sur aucun fondement sérieux.

Quels sont, Messieurs, les premiers symptômes par lesquels un kyste de l'ovaire trahit son existence? y a-t-il des signes qui nous permettent de faire le diagnostic d'un

kyste au début? Telles sont les deux questions que nous nous poserons tout d'abord.

Si l'on entend par kyste au début un kyste qui ne fait à la surface de l'ovaire qu'une légère saillie et ne dépasse pas le volume d'une noix environ, c'est-à-dire une véritable hydropisie d'une ou de plusieurs vésicules de de Graaf, je répondrai hardiment que la diagnostic de la lésion ne peut pas être posé lorsqu'elle n'est pas plus avancée. Pour qu'il soit possible de présumer et surtout d'affirmer la présence d'un kyste de l'ovaire, il faut qu'il y ait tumeur appréciable, sinon toutes les inductions qu'on peut faire sur la cause des quelques troubles qu'éprouvent les malades du côté de la menstruation ou de leur santé générale, ne nous conduisent à aucune conclusion digne d'être acceptée.

Nous avons vu que la jeune femme dont nous nous occupons s'est émue de la cessation de ses règles et que cette aménorrhée a duré deux mois, puis la menstruation s'est rétablie mais elle est restée irrégulière; à l'aménorrhée ont succédé des ménorrhagies, c'est-à-dire des règles plus abondantes que de coutume, enfin tout est rentré dans l'ordre et la menstruation est redevenue et restée régulière. Au début de ces troubles de la fonction cataméniale, la malade a ressenti quelques douleurs de reins, et c'est alors qu'elle a été frappée du développement que prenait son ventre.

Chez la femme qui est couchée au n° 8 et qui est âgée de cinquante ans, la cessation définitive des règles semble avoir coïncidé avec le début du kyste, mais je vous ferai remarquer, Messieurs, qu'il faut que la tumeur ait déjà acquis un certain volume pour attirer l'attention des malades, et dans ces deux cas il est probable qu'elle avait en

réalité débuté un certain temps avant les troubles de la menstruation; quoi qu'il en soit, on peut admettre que ces troubles coïncident souvent avec la formation des kystes, et Scanzoni les a notés 37 fois sur 57. Tantôt c'est de l'aménorrhée, tantôt de la dysménorrhée ou de l'irrégularité dans la menstruation qui survient; quelquefois ce sont des métrorrhagies, mais chez les femmes jeunes encore, il est rare que ces troubles persistent et à moins que les deux ovaires ne soient entièrement dégénérés, ce qui est rare, la menstruation se rétablit au bout d'un temps variable. Il n'en est pas de même chez les femmes qui approchent de l'époque de la ménopause, toutefois on ne peut affirmer alors que le développement des kystes ait une influence réelle sur la cessation du flux cataménial. On a dit que lorsque les règles se suspendaient complétement dès le début de la maladie; on pouvait craindre une dégénérescence cancéreuse des glandes ovariennes, je ne crois pas que cette crainte soit alors suffisamment fondée.

Troubles de la menstruation et sensation de gêne et de pesanteur dans le petit bassin, tels seraient, Messieurs, les seuls symptômes qui pourraient nous faire diagnostiquer un kyste au début; il est inutile d'insister sur leur peu de valeur, car ils appartiennent au début de presque toutes les affections utérines, et si le toucher ne vous révèle pas la présence d'une tumeur dans le petit bassin, si les femmes ne remarquent pas que leur ventre grossit, il serait téméraire de hasarder une opinion vraiment par trop hypothétique. Plus tard, lorsque par des explorations bien faites et réitérées on soupçonne l'existence d'une tumeur kystique, alors seulement ces symptômes nous viennent en aide pour établir le diagnostic.

Il n'est pas toujours facile en effet de reconnaître

un kyste de l'ovaire même lorsqu'il est assez volumineux, car ce développement du ventre, dont les malades sont seules capables d'apprécier le degré et qui n'est en somme que relatif, peut être attribué à bien des causes : à de la tympanite, à de l'ascite, à un embonpoint progressif ou à une grossesse commençante. On donne, il est vrai, ainsi que nous le verrons, la matité médiane comme signe de kyste de l'ovaire, mais au début, un kyste gros comme le poing par exemple tombe en quelque sorte par son propre poids dans la cavité du petit bassin, le plus souvent en arrière de l'utérus ; les intestins s'interposent alors entre sa face supérieure et la paroi abdominale, et l'on ne trouve pas de matité sur la ligne médiane.

Ce n'est qu'en refoulant les anses intestinales par une pression assez énergique exercée au-dessus du pubis, que vous pouvez parfois sentir une tumeur ordinairement indolente, arrondie, circonscrite et fixe, qui tient la place qu'occupe à l'état normal l'utérus derrière lequel on peut, chez certaines femmes maigres, enfoncer la main. Si vous pratiquez le toucher, vous sentez, soit derrière le col, dans le cul-de-sac recto-vaginal, soit un peu sur les côtés, une tumeur élastique et régulière dont vous appréciez mieux les caractères en combinant avec le toucher la palpation hypogastrique. Il est rare, quoi qu'on en ait dit, de trouver alors de la fluctuation, il faut se contenter de la sensation de rénitence que peut percevoir le doigt. Le toucher rectal ne doit pas être négligé dans les cas douteux, il permet toujours mieux que le toucher vaginal d'explorer la surface des tumeurs qui siégent dans le petit bassin et surtout dans le cul-de-sac recto-utérin.

Si les kystes de l'ovaire débutent souvent d'une façon

tout à fait latente ou sans produire d'autres symptômes qu'une sensation de gêne et de pesanteur, ils provoquent parfois, surtout dans cette première période qu'on pourrait appeler période d'enclavement, un certain degré de ténesme rectal ou vésical, de la constipation ou de la rétention d'urine, troubles fonctionnels résultant de la compression exercée par la tumeur sur les cavités voisines. Cependant, remarquez que cet enclavement est loin d'être serré, car, à mesure qu'il grossira, le kyste s'élèvera au-dessus du détroit supérieur comme l'utérus gravide pendant le cours de son développement; les phénomènes de compression ne sont donc que passagers, mais ils reparaîtront souvent plus tard lorsque la tumeur deviendra très-volumineuse et se trouvera gênée dans son accroissement par l'élasticité des parois abdominales qui réagiront sur elle. Nous avons sous les yeux une preuve qu'un kyste fortement tendu et solidement enclavé peut ne donner lieu ni à de la constipation, ni à de la rétention d'urine, puisque la malade du n° 12 va à la selle et urine sans difficulté malgré la tumeur qui proémine dans le vagin au point de paraître à la vulve.

Si l'on sentait par le toucher une tumeur élastique au fond du conduit vaginal, on pourrait croire à la présence d'un corps fibreux, soit sous-péritonéal et descendu entre le rectum et l'utérus, soit interstitiel et saillant à la surface de l'utérus. Pour ne pas commettre d'erreur de diagnostic, erreur qui dans certains cas pourrait être légitimée en quelque sorte par l'existence de métrorrhagies qui, nous l'avons vu, accompagnent exceptionnellement le début des kystes de l'ovaire, on se fonderait sur la consistance de la tumeur, sur l'absence d'une ligne de démarcation bien nette entre elle et l'utérus en

cas de corps fibreux interstitiel, et sur la facilité avec laquelle on peut repousser en général le kyste avec le doigt.

Enfin il est rare qu'un kyste de l'ovaire au début soit aussi parfaitement accessible par le toucher que le sont un grand nombre de corps fibreux. Une rétroversion ou une rétroflexion utérine n'est vraiment pas possible à confondre avec un kyste; quant à la tumeur formée par une hématocèle rétro-utérine ou épanchement de sang derrière l'utérus, les symptômes de la pelvi-péritonite qui marquent presque toujours son apparition, ainsi que les modifications qui surviennent dans sa consistance, ne permettent pas de la prendre pour une hydropisie enkystée de l'ovaire, affection à marche essentiellement lente et à début insidieux.

Je vous l'ai dit, Messieurs, les malades ne viennent nous consulter que quand le développement de leur ventre commence à les inquiéter; si à cette époque le kyste peut encore descendre dans le petit bassin, en général il est déjà assez volumineux pour s'être élevé au-dessus du détroit supérieur.

Ce n'est plus là, à proprement parler, un kyste au début, mais c'est encore un jeune kyste qu'il importe de reconnaître à cette période de son accroissement. La tumeur est souvent encore un peu mobile et occupe tantôt une des fosses iliaques, tantôt la ligne médiane. Elle siége, je crois, le plus habituellement au-dessus du pubis et peu de malades peuvent indiquer si, primitivement, elle est apparue d'un côté ou de l'autre de l'abdomen; ce renseignement nous apprendrait aux dépens de quel ovaire s'est développé le kyste, mais rien ne maintenant celui-ci dans une fosse iliaque et l'ovaire répondant en somme à peu près au milieu de l'abdomen, la tumeur a la plus grande tendance à se placer ou plutôt à rester sur la ligne médiane quand

elle prend des dimensions telles qu'elle franchit le détroit supérieur.

Ces kystes de médiocre volume sont en général d'un diagnostic facile, néanmoins on pourrait encore enregistrer bien des erreurs auxquelles ils ont donné lieu. Ils se présentent sous forme d'une tumeur quelquefois un peu mobile mais le plus souvent assez fixe et située au-dessus du pubis; on peut, dans certains cas, lorsque les parois du ventre sont souples et que les intestins ne sont pas distendus par des gaz, la circonscrire par la palpation comme un utérus en état de gestation, et souvent aussi on sent une fluctuation manifeste, mais on ne perçoit pas d'ordinaire par de petits chocs imprimés à la tumeur d'une main, tandis que l'autre est appliquée à plat sur sa surface, cette sensation dite de flot ou de choc en retour qui résulte de l'ébranlement communiqué à une grande masse de liquide contenue dans une poche unique à parois minces. La consistance du kyste, lorsqu'il est uniloculaire, est celle d'une tumeur liquide, élastique et régulière. Suivant son volume, la tumeur remonte plus ou moins haut; tantôt elle atteint l'ombilic, tantôt elle le dépasse et arrive jusqu'à l'appendice xiphoïde, mais ne nous occupons ici que des kystes encore peu développés.

La percussion permet mieux que la palpation de tracer les limites de la tumeur. Sur la ligne médiane, et à quelque distance du pubis, on obtient une matité presque absolue; à mesure que l'on percute plus loin du centre de la tumeur, c'est-à-dire du point où elle s'applique sur la plus large surface contre les parois abdominales, la matité devient de moins en moins complète, on trouve une submatité indiquant sinon la présence d'anses intestinales entre le kyste et la paroi abdominale, du moins le voisinage

de cavités contenant de l'air. Enfin, autour et au-dessus de la tumeur on retrouve la sonorité intestinale qui commence en général sur une ligne courbe qui nous indique la forme du kyste; cette sonorité devient aussi bruyante que possible en quelque sorte dans l'hypochondre gauche au niveau de l'estomac.

Les rapports qu'affecte un kyste ovarique avec les intestins vous permettront de comprendre aisément, Messieurs, pourquoi la matité occupe toujours la ligne médiane, et la sonorité les flancs, l'épigastre et l'hypochondre gauche. A mesure qu'il se développe et remplit de plus en plus la cavité abdominale en s'élevant au-dessus du détroit supérieur, le kyste ovarien refoule en haut et en arrière la masse des circonvolutions de l'intestin grêle; bien que quelques-unes des anses intestinales puissent se trouver parfois comprimées entre le kyste et la colonne lombaire, la règle est que l'intestin grêle occupe les flancs et surtout l'hypochondre gauche. Nous verrons qu'il n'est que trop souvent rattaché à la tumeur par des adhérences plus ou moins solides, mais au début il n'y a en général qu'un simple contact des surfaces séreuses, et les anses intestinales semblent étalées autour et au-dessus du kyste, comme lorsqu'on les dispose dans les dissections de façon à pouvoir étudier le mésentère et les artères contenues entre les lames péritonéales; il est rare, lorsque le kyste est un peu volumineux, qu'une portion de l'intestin soit interposée entre la tumeur et les parois abdominales.

Quant au gros intestin, la brièveté des replis péritonéaux qui le fixent contre la paroi postérieure de l'abdomen ne lui permet pas de se laisser refouler en haut; le cæcum, le côlon ascendant et descendant, l'S iliaque et le rectum restent à leur place et la percussion des régions

lombaires nous prouve qu'ils restent derrière le kyste. Le côlon transverse seul est repoussé par la tumeur et contribue à donner de la sonorité à l'épigastre, sa moitié droite se cache sous la face inférieure du foie, son extrémité gauche occupe l'hypochondre correspondant. Quoique la plus grande partie du gros intestin soit soumise à la compression qu'exercent sur ses parois les kystes de l'ovaire, il est rare qu'il survienne des symptômes d'obstruction intestinale, cependant M. Cruveilhier rapporte un cas où la malade succomba à des accidents bien évidemment dus à une rétention des matières stercorales. Ces accidents consistèrent dans une constipation opiniâtre avec météorisme, borborygmes, nausées et même vomissements, et M. Cruveilhier constata, à l'aide du toucher rectal, que le rectum était comprimé par une portion du kyste engagé dans l'excavation pelvienne.

Je ne crains pas d'affirmer qu'une pareille complication est chose rare, et certes notre malade dont le kyste fait saillie à la vulve se trouve dans les conditions requises pour qu'il survienne un arrêt dans la circulation des matières fécales; vous voyez pourtant qu'il n'en est rien et que chez elle la défécation n'est presque aucunement entravée.

Le toucher vaginal, Messieurs, peut-il nous fournir des renseignements utiles, chez une femme qu'on soupçonne d'être atteinte d'un kyste de l'ovaire arrivé à cette période où il est situé au-dessus du détroit supérieur? A cette question, je répondrai oui sans hésiter. Si le kyste plonge par un de ses lobes dans le petit bassin, comme chez la malade du numéro 12, le toucher nous fait sentir une tumeur à surface régulière, lisse, élastique et tendue ou fluctuante, et nous indique le siége qu'occupe l'utérus. Ici, cet organe est refoulé à gauche contre la ceinture osseuse et a subi

un mouvement d'ascension très-prononcé, mais en l'absence de prolongement du kyste dans le petit bassin, le toucher nous apprend encore ce qu'est devenu l'utérus; et il est très-rare qu'il n'ait pas été modifié dans sa forme ou dans sa direction.

Comme dans certains cas de corps fibreux sous-péritonéaux mobiles dans la cavité abdominale, au-dessus du détroit supérieur, l'utérus est attiré en haut par le kyste et le vagin paraît excessivement profond. Quelquefois c'est à peine si le doigt atteint le col, et le museau de tanche peut être presque complétement effacé; cet effacement de la portion sous-vaginale du col coïncide avec une élongation de sa moitié sus-vaginale et du corps de l'utérus suivant son diamètre vertical; M. Cruveilhier a constaté, dans une autopsie, que l'angle supérieur gauche d'un utérus, ainsi suspendu à un kyste de l'ovaire, était allongé au point d'avoir pris la forme d'un petit canal cylindrique qui offrait tout à fait l'aspect de la corne utérine de certains animaux. Sans doute, il est exceptionnel de rencontrer des déformations aussi prononcées, mais il n'est pas douteux que le cathétérisme appliqué à la mensuration de la cavité utérine, d'après les préceptes posés par M. Huguier, ne nous fasse dans bien des cas reconnaître une élongation notable de l'organe.

Le même instrument nous permettrait aussi de constater à coup sûr, bien souvent, des déviations dans l'axe de l'utérus presque toujours incliné dans un sens ou dans un autre et parfois même horizontal, mais le toucher doit nous suffire pour nous éclairer sur ces changements de forme et de direction qui n'ont pas, il faut l'avouer, un grand intérêt pratique. En général l'utérus, est situé en avant de la partie inférieure du kyste, auquel il tient souvent par des adhé-

rences; ce n'est que très-exceptionnellement qu'il répond à sa partie postérieure.

Quant aux trompes, il est évident que le toucher ne nous apprend rien sur leur situation, ni sur les modifications qu'elles subissent; voyons cependant quels sont leurs rapports avec les kystes de l'ovaire. La trompe du côté malade suit nécessairement l'utérus dans son ascension et se trouve en général accolée à la face antérieure de la tumeur; presque toujours plus longue qu'à l'état normal et quelquefois jetée en écharpe au devant du kyste, elle augmente aussi de capacité et peut devenir le siége d'un épanchement analogue à celui qui a distendu une ou plusieurs vésicules de de Graaf. C'est surtout aux dépens du pavillon que se constitue ce nouveau kyste si voisin du kyste principal qu'il semble en faire partie, mais le conduit de la trompe contribue, lui aussi, à former paroi et se dilate jusqu'à un point plus ou moins proche de son embouchure dans l'utérus.

Remarquez bien, Messieurs, que ces dilatations kystiques de la trompe sont très-rares et que le simple allongement du conduit de Fallope est la règle dans les cas de kystes de l'ovaire ordinaires; si je vous les décris ici brièvement, c'est dans le seul but de compléter les notions d'anatomie physiologique que je vous ai exposées au commencement de cette leçon; ces kystes sont si peu fréquents qu'avant les travaux d'A. Richard il n'en existait pas, dans la science, de description. Je vous ai dit déjà quelques mots de ceux qu'on peut ranger parmi les kystes para-ovariens et qui sont simplement en contact avec un ovaire sain; mais les kystes auxquels je fais allusion ici coïncident avec de véritables kystes de l'ovaire, et pour cette raison ils ont été nommés par A. Richard *kystes tubo-ovariens*. Notre collègue les a décrits d'après quatre pièces anatomiques, et

voici quelques détails sur la plus curieuse d'entre elles.

Il s'agissait d'un kyste volumineux de l'ovaire gauche, sur la face antérieure duquel venait se mouler la trompe de Fallope correspondante, que son origine au fond de l'utérus faisait facilement reconnaître. Ce canal conservait ses dimensions ordinaires dans son tiers interne, mais il se renflait progressivement à partir de ce point, et dans toute sa moitié externe prenait le calibre d'un intestin grêle ; il décrivait plusieurs flexuosités analogues à des circonvolutions intestinales, puis il disparaissait dans les parois du kyste, juste au milieu du bord externe de ce dernier. Entre la trompe dilatée et la cavité du kyste, il existait une communication sur laquelle, avant toute dissection, la sensation de flot qu'on percevait d'une poche à l'autre ne pouvait laisser aucun doute. Cette communication se faisait par un orifice bien net, presque circulaire et à bords tranchants, sur lequel venaient mourir les derniers vestiges des franges du pavillon soudées les unes aux autres. La portion *non dilatée* de la trompe n'était pas oblitérée comme sur une des autres pièces, et un stylet très-fin introduit par son orifice interne pénétrait aisément dans le kyste. A. Richard expliquait la formation de ces kystes tubo-ovariens par la rupture d'une vésicule de de Graaf hydropique dans la cavité de la trompe dont le pavillon serait venu s'appliquer sur l'ovaire, et il pensait que, dans ces cas, vésicule et pavillon s'unissent pour former la paroi du kyste qui continue à se développer malgré la rupture de sa première enveloppe.

Ces kystes n'ont qu'un intérêt purement théorique, leur traitement est le même que celui des variétés communes et leur diagnostic est impossible ; je ferai toutefois une exception pour le cas où une malade perdrait par l'orifice du col utérin un liquide semblable à celui que

contiennent les kystes. On retrouve quelques observations où cet écoulement a été noté pendant la vie et où l'on a constaté à l'autopsie une dilatation kystique des trompes; on devrait par conséquent songer à la possibilité d'un kyste tubaire ou tubo-ovarien, en présence d'un écoulement aqueux par l'orifice utérin.

Si l'utérus remonte dans le petit bassin sous l'influence de la traction exercée sur lui par un kyste de l'ovaire, il est de toute nécessité que la vessie le suive dans son ascension; cette communauté de déplacement s'explique par les rapports des deux viscères. Comme l'utérus, la vessie s'élève donc presque toujours, et souvent le réservoir de l'urine, lorsqu'il est plein, est tout entier ou presque tout entier au-dessus du détroit supérieur, accolé à la paroi abdominale antérieure, exactement sur la ligne médiane. Vous songerez toujours à ce déplacement de la vessie, Messieurs, car si, ce qui n'est pas très-rare, il survient chez une de vos malades de la rétention d'urine, vous aurez soin de diriger le bec de votre sonde un peu en arrière, mais surtout en haut. Vous avez vu que chez notre malade, il faut, pour la sonder, imprimer cette direction au cathéter, c'est-à-dire abaisser beaucoup son pavillon; si nous ne prenions pas cette précaution, nous risquerions de provoquer des douleurs en heurtant la paroi postérieure de l'urèthre, et une main peu exercée pourrait même ne pas faire pénétrer l'instrument dans la vessie. Le cathétérisme chez la femme a, comme chez l'homme, ses difficultés, mais il suffit, pour les lever toutes, de connaître les déviations possibles du canal, et je tenais à appeler votre attention sur ce petit point de pratique chirurgicale dont l'importance ne me paraît pas à dédaigner.

HUITIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE (SUITE)

Diagnostic (suite), marche et complications des kystes de l'ovaire.

MESSIEURS,

Lorsqu'un kyste de l'ovaire n'a pas atteint un très-grand volume, le ventre est saillant et assez nettement globuleux; il ne présente pas alors un aspect caractéristique qui puisse, comme à une période plus avancée de la maladie, nous faire reconnaître à première vue la nature de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons. Faites un instant abstraction de la tumeur vaginale de la malade qui est couchée au n° 12, et vous conviendrez avec moi que, si le ventre de cette femme est un peu gros, rien ne nous indique que ce développement tienne à autre chose qu'à de l'*embonpoint*, à de la *tympanite* ou peut-être à une *grossesse*.

Il est plus facile qu'on ne le croit généralement de s'en laisser imposer par un pannicule graisseux très-épais et de méconnaître ainsi une tumeur abdominale, ou au contraire d'en admettre une qui n'existe pas. Chez certaines femmes, la graisse qui double le derme des parois abdominales forme une couche épaisse de plusieurs centimètres, et est une cause fréquente d'erreur de diagnostic.

Tantôt il nous semble que l'utérus remonte à une hauteur assez considérable au-dessus du pubis et, dans l'impossibilité où nous sommes de déprimer derrière la symphyse la paroi du ventre, nous croirions volontiers à une grossesse commençante ou à une augmentation notable du volume de l'utérus sous l'influence d'un état pathologique quelconque; tantôt, si nous tenons trop grand compte de l'embonpoint, nous lui attribuons les sensations que nous fournit la palpation d'une tumeur telle qu'un corps fibreux ou un kyste de l'ovaire; bref, je vous signale les difficultés que présente l'exploration du ventre chez les femmes très-grasses, tout en me hâtant d'ajouter qu'elles sont loin d'être insurmontables, lorsqu'on est prévenu du soin particulier qu'il faut alors apporter dans son examen.

Je dirai de même que la *tympanite* si fréquente, soit chez nombre de femmes dans des conditions de santé toutes spéciales, soit chez les hystériques à l'état habituel, peut masquer une tumeur abdominale d'un petit volume et rendre impossible toute exploration. L'erreur inverse peut être commise; on a pris parfois pour une tumeur le gonflement du ventre dû à la distension des anses intestinales par des gaz, et je connais un fait de disparition subite d'un soi-disant kyste de l'ovaire, à la suite d'expulsion par l'anus d'une grande quantité de gaz. Rappelez-vous donc, Messieurs, qu'il faut compter avec le météorisme quand on explore la cavité abdominale, soit à l'aide de la palpation, soit en ayant recours à la percussion, de même qu'on doit songer à l'emphysème pulmonaire, quand on cherche à déterminer par la percussion le volume exact du cœur.

Il faudrait être bien inattentif et examiner ses malades avec une bien grande légèreté, pour voir un kyste de

l'ovaire dans la *tumeur formée par la vessie distendue par l'urine ;* il est cependant certain que l'on pourrait enregistrer plus d'une erreur de diagnostic de ce genre. La vessie, vous le savez, atteint dans quelques cas de rétention d'urine très-prolongée une énorme capacité et contient plusieurs litres de liquide ; elle forme au-dessus du pubis une tumeur mate, fluctuante, qui remonte parfois jusqu'à l'ombilic, et cette tumeur présente en réalité tous les caractères physiques d'un kyste de l'ovaire uniloculaire. La miction par regorgement peut faire croire qu'il n'existe pas de trouble de la fonction urinaire, et l'on s'explique ainsi qu'en l'absence de commémoratifs, on ait pris, pour un kyste, la vessie distendue par l'urine. Je n'insiste pas sur les éléments de ce diagnostic ; les détails dans lesquels je suis entré sur les déplacements de la vessie vous ont suffisamment prouvé qu'avant de terminer l'examen complet de la malade, il faut toujours pratiquer le cathétérisme, pour ne pas risquer de laisser dans la cavité abdominale une tumeur susceptible de faire méconnaître la forme et le volume exact d'un kyste et pour préciser les rapports qu'affecte avec lui la vessie.

Je ne vous parle pas ici, Messieurs, du diagnostic différentiel entre l'*ascite* et un kyste de l'ovaire au début, il n'offre en réalité aucune espèce de difficulté et c'est surtout avec les kystes volumineux et chez des malades épuisées et cachectiques, qu'il est fréquent de voir confondre un épanchement séreux de la cavité péritonéale.

Les *kystes hydatiques* du foie et de la rate se distingueront des kystes de l'ovaire, par le siége et l'irradiation des douleurs auxquelles ils donnent parfois lieu dans les premiers temps de leur apparition, ainsi que par leur mode de développement. Ceux du foie, de beaucoup les plus fréquents, se développent de haut en bas, comme si la glande

elle-même descendait dans la cavité abdominale. La tumeur peut, au début, être assez bien limitée à son extrémité inférieure par la palpation, et la percussion indique que les intestins, loin d'être refoulés du côté des hypochondres, occupent au contraire les fosses iliaques et l'hypogastre.

Quant aux *reins flottants* dont l'histoire a été si parfaitement résumée dans le mémoire de Fritz, leur forme, leur mobilité, leur siége habituel ne permettent pas de les confondre avec un kyste de l'ovaire, tumeur globuleuse ordinairement fixe et située au-dessus du pubis ou dans une des fosses iliaques.

Il y aurait un chapitre intéressant à écrire sur les *tumeurs flottantes de l'abdomen* dont le diagnostic est si difficile en général; ce chapitre, Messieurs, je ne chercherai même pas à l'ébaucher, je vous rappellerai seulement que les kystes de l'ovaire sont très-rarement flottants; les cystosarcomes ou les fibromes de l'ovaire, les myomes utérins sous-péritonéaux, certaines tumeurs de l'épiploon, etc., sont au contraire des tumeurs souvent mobiles, et ce caractère seul suffit pour nous les faire fréquemment distinguer des kystes simples.

Quant au diagnostic des *corps fibreux utérins* sous-péritonéaux fixes ou des myomes interstitiels faisant saillie à la surface de l'utérus, on l'établira d'après la consistance et la forme des tumeurs, d'après les signes fournis par le toucher qui fera presque toujours constater la continuité des masses morbides avec l'utérus, ou en se fondant sur la présence d'autres myomes interstitiels ou pédiculisés du côté de la cavité utérine et du vagin; enfin l'état général des femmes, la marche de la maladie, ses symptômes, tels que pertes, douleurs, etc., devront être étudiés et interprétés avec le plus grand soin.

Le diagnostic des kystes de l'ovaire au début comprendrait en réalité celui de presque toutes les tumeurs abdominales; je ne puis entrer dans de plus grands détails à ce sujet, mais je veux m'arrêter sur le diagnostic entre ces kystes et la grossesse, à cause de son importance qui ne saurait échapper à personne.

Il paraît étrange que la grossesse, dont les symptômes ont été si minutieusement étudiés et qui sont pour la plupart si caractéristiques, puisse être confondue avec une tumeur abdominale, cependant les erreurs ne sont pas extrêmement rares et il est inutile d'insister sur les conséquences terribles qu'elles peuvent avoir; quelquefois cependant ces erreurs ne sont fâcheuses que pour le médecin, dans le cas, par exemple, où il prendrait pour une grossesse une tumeur formée par un kyste ou par un corps fibreux. Je suppose, par exemple, qu'une femme, désirant vivement être enceinte, voit survenir quelques troubles dans la menstruation, comme notre malade du n° 12, puis cesse brusquement d'être réglée; si à partir de ce jour elle remarque que son ventre grossit, et si des douleurs abdominales ne viennent pas lui faire craindre le développement d'une tumeur, il est presque certain qu'elle songera à une grossesse et ne s'adressera au médecin qu'en insistant sur toutes les bonnes raisons qu'elle croira pouvoir alléguer à l'appui de son espérance. Que celui-ci se contente d'un examen superficiel, qu'il se laisse guider par la malade et ne recherche pas tous les signes capables d'assurer un bon diagnostic, et voilà l'erreur commise.

Non-seulement on a pris souvent un kyste au début pour une grossesse ne datant pas de plus de trois ou quatre mois, alors que l'absence des règles pouvait confirmer l'opinion des malades et à une époque où l'auscul-

tation obstétricale ne fournit pas en général de renseignements, mais on a cité des cas où la même confusion avait eu lieu, à propos de kystes volumineux, chez des femmes qui se croyaient enceintes de neuf mois, bien qu'elles fussent toujours réglées. Sans doute, il faut alors faire bien bon marché des troubles de la menstruation qui surviennent pendant la grossesse, et n'attacher que bien peu d'importance aux signes qui nous font reconnaître d'habitude qu'un utérus est gravide, mais ce qui peut jusqu'à un certain point légitimer une erreur, c'est que l'on a cité des cas où une femme atteinte d'un kyste et se croyant à terme, avait éprouvé, probablement à force d'imagination, des douleurs capables de lui faire supposer que le travail commençait. Vous citerai-je l'histoire de ce médecin qui attendit toute une journée la terminaison d'un semblable accouchement ?

Si une pareille erreur, Messieurs, paraît impardonnable, il faut convenir pourtant que des méprises analogues et en réalité tout aussi difficiles à expliquer, ont été commises par des chirurgiens dont on ne peut mettre en doute l'expérience et le talent. Pelletan a pris pour une ascite une grossesse à terme, et tout le monde connaît l'histoire de cette femme qui accoucha presque subitement à la vue du trocart avec lequel on allait la ponctionner. Enfin, Spencer Wells, celui qui a certainement pratiqué le plus grand nombre d'ovariotomies et obtenu les plus beaux succès, Spencer Wells, l'abdomen étant ouvert, ponctionna un utérus gravide, croyant à l'existence d'un kyste de l'ovaire ; il pratiqua immédiatement l'opération césarienne et sauva la mère et l'enfant. A peine a-t-on le droit d'en vouloir à un chirurgien qui répare ainsi ses erreurs.

J'ai été bien près, moi-même, de me trouver dans une

situation analogue à celle de Spencer Wells. Il s'agissait d'une jeune femme de dix-neuf ans, mariée et mère de deux enfants, qui était installée pour un été sur les bords de la mer et vint faire un voyage à Paris, il y a deux ans, pour consulter plusieurs chirurgiens sur la nature d'une tumeur abdominale, développée depuis quelques mois. La malade ne souffrait pas et sa santé générale était bonne; elle était réglée, mais la menstruation était irrégulière, son ventre était volumineux, et le médecin qui la soignait habituellement lui avait dit qu'elle portait un kyste de l'ovaire. Cette opinion fut partagée par tous ceux qui examinèrent la jeune femme; quant à moi, qui fus consulté en dernier lieu et qui avais été choisi pour pratiquer l'ovariotomie à laquelle on s'était résigné, je fus loin de me montrer aussi affirmatif que mes confrères. Après un examen attentif, je soupçonnai une grossesse, et je déclarai à la malade la raison pour laquelle je refusais de l'opérer. Celle-ci m'affirma qu'elle n'était pas enceinte et qu'elle ne pouvait pas l'être; elle insista sur la persistance des règles et me soutint que, connaissant par expérience les symptômes de la grossesse, elle était sûre de son dire. L'auscultation, la recherche des mouvements actifs du fœtus n'avaient donné que des résultats négatifs. Malgré cette insistance, je persistai dans mon opinion, et bien m'en prit, car, peu de temps après, l'accouchement eut lieu.

Que ces exemples vous apprennent, Messieurs, à ne pas considérer le diagnostic entre un kyste de l'ovaire et une grossesse comme toujours facile. On a trop de tendance à ne songer qu'aux cas types, et il est certain que, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, une grossesse de neuf mois se reconnaît presque à première vue, ainsi qu'un kyste lorsqu'il est

fluctuant, à parois minces, et volumineux ; mais combien de fois aussi ne faut-il pas rester dans le doute en présence d'une tumeur qui n'offre pas tous les caractères sur lesquels nous voudrions nous appuyer pour affirmer notre diagnostic ?

Je vous répéterai d'abord que vous ne devez pas songer ici aux kystes anciens et plus gros qu'un utérus gravide, même lorsque celui-ci contient deux fœtus ; en second lieu, j'avouerai que malgré les faits que je viens de vous citer, il est exceptionnel qu'on ne reconnaisse pas une grossesse datant de plus de six mois. Il faut, pour qu'une confusion soit possible, un concours de circonstances fâcheuses, propres à nous induire en erreur, et fort heureusement il est rare qu'il se présente. Ainsi, la persistance des règles pendant la grossesse et surtout pendant les derniers mois est *tout* à fait insolite, bien que des accoucheurs rapportent l'histoire de femmes qui n'ont jamais été réglées que pendant leur grossesse ; mais il ne faudrait pas par ce seul fait qu'une malade est encore réglée, conclure trop vite qu'elle n'est pas enceinte. A défaut des signes rationnels qui, à la rigueur, peuvent tous manquer, on doit recourir aux signes sensibles fournis par le toucher, le palper et l'auscultation. Admettons que l'état du col ne nous apprenne rien, et que le ballottement au septième mois ne puisse pas être perçu, nous devons chercher à sentir les mouvements actifs du fœtus. Si la mère n'en a pas conscience, il faudra tâcher de les provoquer, soit en percutant légèrement la tumeur, soit en appliquant sur elle un corps froid capable d'impressionner l'enfant. Il est vrai qu'on a cité des cas où ni la mère ni l'accoucheur n'ont pu percevoir les mouvements du fœtus ; mais, à supposer que ce signe nous fasse encore défaut, il nous reste, comme dernière ressource, l'auscultation. Je

suis de ceux auxquels cette ressource a manqué, et, certes, je n'ai rien négligé pour m'assurer que ma malade *était* enceinte ; il est certain que ceux qui ont méconnu une grossesse avancée, Spencer Wells par exemple, ont pratiqué l'auscultation avec le plûs grand soin, et pourtant ils n'ont pu parvenir à entendre les bruits du cœur. Convenons donc qu'il y a des cas où le diagnostic est pour ainsi dire impossible, mais néanmoins n'oublions pas qu'ils sont absolument exceptionnels à partir du cinquième ou du sixième mois.

C'est surtout une grossesse commençante qui peut passer inaperçue et être confondue avec un kyste de l'ovaire ; avant le quatrième mois, pas de mouvements actifs du fœtus, pas de ballottement, pas de signes fournis par l'auscultation ; s'il est vrai qu'on a pu, au quatrième mois et même à la fin du troisième, entendre parfois les battements du cœur fœtal, il ne faut pas cependant compter sur eux pour se guider dans le diagnostic. Dans les cas embarrassants, vous puiserez à toutes les sources de renseignements et vous ne négligerez aucun des symptômes dits de présomption, dont quelques-uns, sans grande valeur par eux-mêmes, peuvent par leur réunion acquérir une énorme importance. Il va sans dire que la suppression des règles domine tous les signes rationnels, à cause du petit nombre de femmes enceintes chez lesquelles la menstruation subsiste. Le gonflement et la tension des seins, le changement de coloration de l'aréole, l'apparition des tubercules de Montgomery qui ne sont autre chose que des glandes sébacées hypertrophiées, constituent des signes auxquels les accoucheurs attribuent une haute valeur ; mais rappelez-vous que chez les femmes qui ont eu déjà des enfants l'aréole reste brune, les tubercules de Montgomery

persistent, et qu'il y a là une cause d'erreur dont on doit se méfier.

Je ne veux pas vous énumérer, Messieurs, tous les signes de la grossesse pendant les quatre premiers mois; vous étudierez les troubles survenus dans les fonctions digestives, vous examinerez la muqueuse du vagin, qui peut avoir cette coloration lie-de-vin qu'on a donnée comme signe de grossesse. Enfin, vous pratiquerez le toucher, non-seulement pour apprécier le siége et la nature de la tumeur, mais pour constater l'état du col qui présente déjà un certain degré de ramollissement chez les primipares, vers le troisième et le quatrième mois, et dont l'orifice, chez les multipares, laisse pénétrer la pulpe du doigt. Ces modifications du col utérin constituent un des meilleurs caractères différentiels que nous possédions. Rappelez-vous néanmoins que tous ces signes ne sont que des signes de présomption.

Une femme atteinte de kyste de l'ovaire peut cesser d'être réglée et sa santé générale peut n'être que modérément troublée; d'autre part, il peut survenir chez elle de la perversion du goût, des appétits bizarres et des vomissements, symptômes auxquels les gens du monde attachent la plus grande importance; enfin, on a vu le gonflement des seins coïncider avec le développement du ventre, et, quand le kyste est volumineux déjà, les parois vaginales peuvent présenter cette coloration lie-de-vin, qui ne paraît être que l'effet de l'obstacle apporté à la circulation veineuse par une tumeur abdominale quelle qu'elle soit.

Je ne fais que vous signaler la possibilité d'une coïncidence entre un kyste et une grossesse; lorsqu'un des ovaires est intact, les femmes peuvent concevoir, de nom-

breux exemples le prouvent, et il est clair que les difficultés du diagnostic augmentent par la confusion des symptômes qui appartiennent à chacune des deux tumeurs. C'est dans ces cas qu'on a vu deux chirurgiens, également habiles, croire, l'un à une grossesse, l'autre à un kyste ; tous deux avaient alors raison et tort à la fois ; je reviendrai sur ce sujet à propos de la marche des kystes et de l'influence qu'ils exercent sur l'issue de la grossesse.

En terminant ces considérations sur le diagnostic de la grossesse, je veux vous mettre en garde, Messieurs, contre la criminelle fourberie des femmes qui cherchent à tromper la perspicacité des chirurgiens, dans l'espérance que ceux-ci, par des explorations ou même de véritables opérations, provoqueront un avortement. Ces fausses malades commencent par nier qu'elles puissent être enceintes, et feignent même d'être indignées qu'on ose soupçonner une grossesse ; souvent elles soutiennent qu'elles ont encore leurs règles, et le chirurgien prudent doit ajourner son diagnostic jusqu'à ce que la tumeur soit assez volumineuse pour qu'il puisse, en cas de grossesse, être à peu près sûr de constater des signes non plus de présomption, mais de certitude.

Je ne vous parlerai point des kystes dermoïdes de l'ovaire ni des grossesses ovariques, mais je veux simplement vous faire remarquer ici qu'au début, on pourrait confondre avec un kyste de l'ovaire une grossesse extra-utérine. Les variétés de grossesses extra-utérines ont été très-multipliées par certains auteurs, et le diagnostic de chacune d'elles est en réalité à peu près impossible à établir pendant la vie. Comment reconnaître, en effet, qu'un ovule fécondé s'est développé dans une vésicule de de Graaf ou s'est greffé à la surface de l'ovaire,

sur la muqueuse de la trompe, ou sur un point de la cavité pelvienne ? Au début, la tumeur tombe dans le petit bassin et, comme un kyste de l'ovaire, repousse l'utérus en avant et en haut ; elle peut alors faire saillie dans le vagin comme le prolongement du kyste que nous sentons par le toucher chez notre malade du n° 12. Plus tard, elle s'élève au-dessus du détroit supérieur et l'on peut dans certaines variétés constater par la palpation l'existence de deux tumeurs accolées l'une à l'autre ; la première formée par l'utérus toujours alors volumineux, la seconde constituée par le kyste qui contient le fœtus. Quand ce dernier est assez développé pour que l'on puisse distinguer, soit à travers les parois abdominales, soit par le toucher, quelques petites parties, ou bien lorsqu'il se meut, on ne peut hésiter qu'entre une grossesse simple ou une grossesse extra-utérine, mais dans les deux ou trois premiers mois il serait possible qu'on crût avoir affaire à un kyste de l'ovaire simple ou composé.

Le diagnostic des grossesses extra-utérines au début est difficile et je manque à ce sujet d'expérience personnelle, cependant je crois que l'augmentation de volume du corps de l'utérus et le ramollissement du col peuvent, avec la suppression des règles, qui toutefois n'est pas constante, faire soupçonner un commencement de grossesse. Si, d'autre part, l'utérus est refoulé en haut contre la paroi antérieure du bassin par une tumeur qu'on sent à sa partie postérieure par le toucher et la palpation, peut-être est-on en droit de songer qu'il ne s'agit là ni d'un kyste ordinaire, ni d'une grossesse simple, mais d'une grossesse extra-utérine dont il est pourtant impossible de déterminer la variété.

Vous avez pu remarquer, Messieurs, que notre malade

du n° 12, malgré les douleurs qu'elle éprouve dans le bas-ventre et les vomissements qui la tourmentent de temps en temps, est assez bien portante dans l'intervalle de ses crises. Nous rechercherons ensemble tout à l'heure la cause de ses souffrances, mais je vous dirai tout de suite qu'il est certain que la santé générale serait en réalité très-bonne, si la ponction et l'injection iodée pratiquées par notre regretté collègue Foucher n'avaient pas provoqué un état inflammatoire subaigu du péritoine.

La plupart des malades, en effet, supportent assez bien pendant un certain temps le développement d'un kyste qui, lorsqu'il s'élève au-dessus du détroit supérieur, cesse en général de produire les symptômes causés au début par la compression qu'exerce la tumeur sur les organes contenus dans le petit bassin. Peu à peu le ventre augmente de volume, mais les malades semblent s'habituer à ce fardeau qui les force à marcher le corps renversé en arrière, comme les femmes enceintes. Souvent elles n'éprouvent pas autre chose qu'un sentiment de gêne en rapport avec la quantité de liquide que renferme le kyste, et leur respiration n'est que médiocrement embarrassée, quoiqu'elle soit courte et un peu haletante. Les fonctions digestives peuvent n'être aussi que peu troublées, et en somme il n'est pas très-rare de voir des femmes vivre cinq, dix et même quinze ou vingt ans avec un assez gros kyste, sans que la santé générale soit gravement altérée.

Cette marche essentiellement chronique des kystes de l'ovaire s'observe surtout chez les femmes d'un certain âge, de quarante à cinquante ans et au delà; mais il arrive presque toujours un moment où, malgré la lenteur avec laquelle le liquide s'accumule dans la poche, celle-ci, fortement distendue, finit par gêner beaucoup la respiration,

entraver la marche et produire assez souvent de l'œdème des membres inférieurs. Un jour ou l'autre, il faut en arriver à soulager la malade par une ponction; tantôt alors le kyste ne se remplit que lentement, tantôt, au contraire, le liquide se reproduit avec une grande rapidité et la mort ne se fait pas longtemps attendre. Quelquefois un kyste dont le développement a d'abord été très-lent et qui semble devoir laisser à la malade de longues années à vivre, prend tout à coup un accroissement rapide; dans d'autres cas, ce sont des accidents qui surviennent et interrompent la marche chronique de la maladie; ces accidents, je vous en parlerai bientôt.

La malade du nº 12, Messieurs, nous offre un exemple de kyste à marche lente, car en quatre ans et demi sa tumeur aurait pu atteindre un volume trois ou quatre fois plus considérable que celui qu'elle présente aujourd'hui. Bien plus, la mort aurait pu survenir dans les trois premières années et je suis peu disposé à croire que la ponction et l'injection iodée qui ont été pratiquées aient arrêté le développement du kyste, car lorsque ces tentatives, qui ont pour but une guérison radicale, ne réussissent pas, elles accélèrent plutôt la marche de la maladie qu'elles ne l'entravent.

A côté de la forme chronique, je dois vous signaler la forme sinon aiguë, du moins rapide. C'est surtout chez les jeunes femmes qu'on voit des kystes grossir en quelques mois ou en une ou deux années, au point de donner lieu à tous les accidents qui ne surviennent d'ordinaire que beaucoup plus tard. Néanmoins, ce développement rapide des tumeurs ne s'observe pas seulement dans la jeunesse, et chez quelques femmes d'un certain âge les kystes peuvent atteindre en peu de temps un énorme volume. Je vous

rapporterai à ce propos l'observation d'une malade âgée de cinquante ans qui est couchée au numéro 8 de notre salle et dont je vous ai déjà parlé.

Cette femme est mariée et a deux enfants. Elle prétend avoir une gastrite depuis vingt-cinq ans, et ne s'être jamais sentie très-bien portante dans ces vingt dernières années. Parfaitement réglée dès l'âge de quatorze ans, elle a cessé de l'être il y a dix-neuf mois. Depuis cette époque, la menstruation s'est totalement suspendue. La malade nous dit qu'elle porte un pessaire depuis douze ans pour une descente de matrice survenue à la suite d'un effort.

Il y a deux ans, elle s'aperçut que son ventre grossissait, mais elle ne peut se rappeler de quel côté débuta le gonflement. Pendant les premiers mois, elle ne ressentit que quelques douleurs vagues dans les reins et une gêne, une pesanteur qui s'explique facilement par le volume qu'avait atteint la tumeur lorsque j'examinai la malade il y a dix-neuf mois. A cette époque, cette femme repoussant d'une façon absolue l'idée d'une opération radicale, je fis à Saint-Antoine une ponction dans le kyste et j'évacuai 4 ou 5 litres d'un liquide légèrement visqueux et à reflet verdâtre; quinze jours après l'opération, la malade quittait l'hôpital, sensiblement soulagée, mais le kyste se remplissait rapidement, quoique sans souffrance aucune, et aujourd'hui la malade, qui est venue me demander de nouveaux soins, se trouve dans l'état suivant :

Le ventre est très-gros et ne présente pas la même forme que celui de la malade du n° 12, il est plutôt élargi, comme chez les malades qui ont de l'ascite, que proéminent et hémisphérique. Le nombril est saillant et, après le repas, quelques douleurs se font sentir en ce point.

La cavité abdominale est évidemment occupée par une

tumeur régulière, sans bosselures, élastique et assez tendue, dans laquelle on constate facilement de la fluctuation. On perçoit même avec une main la sensation de flot, quand de l'autre on imprime un petit coup sec sur un point quelconque de la tumeur. Sur la ligne médiane, matité absolue; sonorité dans les flancs et surtout à l'épigastre et au niveau de l'hypochondre gauche.

Par le toucher, on sent l'utérus légèrement abaissé, mais mobile; le col regarde à gauche; il n'existe dans le vagin aucun prolongement de la tumeur, il est même impossible de trouver en aucun point de l'élasticité ou de la rénitence. Le cathétérisme ne fournit aucun renseignement de quelque valeur; il faut, pour le pratiquer, abaisser un peu le pavillon de la sonde. L'état général est bon, la malade va et vient dans la salle; avant d'entrer à l'hôpital, elle continuait à travailler, quoique son état fût assez fatigant, car elle était femme de ménage. Elle est simplement gênée par le poids de la tumeur, et sa respiration est un peu courte, surtout après le repas. Elle ne vomit pas, mais ses digestions sont assez pénibles; elle est habituellement constipée et n'a jamais de diarrhée. Sa physionomie ne trahit ni souffrances, ni cachexie; son teint est excellent, ses membres ne sont nullement amaigris.

Vous voyez, Messieurs, que chez cette malade le kyste s'est développé rapidement, puisqu'en deux ans à peine il a atteint le volume assez considérable que nous lui trouvons aujourd'hui; remarquez aussi que la ponction, loin d'avoir eu une influence heureuse sur sa marche, n'a fait que soulager la malade, sans enrayer en rien l'accroissement de la tumeur. Nous avons affaire ici à un cas type de kyste de l'ovaire simple, uniloculaire ou du moins formé par une

poche principale d'un volume considérable, à une période assez avancée, mais dépourvu de toute complication. La malade n'éprouve que de la gêne dans la marche, un peu d'embarras de la respiration et quelques troubles des fonctions digestives, mais l'état général est bon; la tumeur est cependant très-grosse, elle remplit toute la cavité abdominale, la dépression ombilicale est effacée, quelques grosses veines se dessinent en bleu sur les parois du ventre et indiquent un certain degré de compression de la veine cave inférieure, compression qui a pour résultat le passage du sang qui vient des membres inférieurs par le réseau des veines sous-cutanées. On ne sent pas la tumeur par le toucher, et il en est presque toujours ainsi lorsqu'un kyste s'est élevé au-dessus du détroit supérieur, à moins qu'il n'ait un prolongement enclavé dans le petit bassin, comme chez la malade du nº 12, disposition qui, nous le verrons, est fâcheuse et constitue une véritable complication.

Le cas est donc simple, et il semble que quelques ponctions, pratiquées à intervalles plus ou moins éloignés, suffiraient pour permettre à la malade, déjà âgée, de vivre encore un certain nombre d'années. Gardez-vous cependant de porter un pronostic aussi favorable et de confier aux ponctions le soin de modérer le développement des kystes; la rapidité d'évolution de la tumeur et le peu de temps qu'a mis le liquide à se reproduire nous prouvent que le kyste va grossir en quelques mois, malgré tous nos efforts, au point d'apporter un grand trouble aux plus importantes fonctions. Qu'arrivera-t-il, en effet, si nous n'intervenons pas par une opération radicale, ou, si vous voulez, comment se comportent dans leur marche les kystes simples dont celui que vous avez sous les yeux peut être regardé comme un type?

Peu à peu la tumeur gênera de plus en plus la marche et bientôt la malade se verra forcée de garder le lit ; il surviendra d'abord un léger œdème des membres inférieurs, débutant au niveau des malléoles et passager, c'est-à-dire disparaissant par le repos dans le décubitus dorsal, pour se montrer de nouveau quand la malade restera quelques heures debout ; puis cet œdème gagnera les jambes et les cuisses, et deviendra permanent, car les veines sous-cutanées abdominales ne pourront plus suffire à leur tâche et le sang stagnera dans celles des membres inférieurs, bien que les premières se soient dilatées au point de former sous les téguments un relief des plus apparents ; bientôt la vulve elle-même s'infiltrera, et les grandes lèvres se présenteront sous l'aspect de deux bourrelets semi-transparents sur lesquels les doigts creuseront, par la plus légère pression, une cupule qui mettra un certain temps à s'effacer. Enfin, les parois abdominales, d'abord amincies par le fait de leur distension, pourront aussi s'œdématier sous l'influence de la gêne croissante de la circulation, et le volume du ventre deviendra encore plus considérable.

La tumeur atteindra peut-être des proportions colossales ; on a vu des kystes qui donnaient à la circonférence de l'abdomen jusqu'à $1^{m},50$ et qui contenaient jusqu'à 30 litres de liquide. Ces énormes tumeurs sont tellement saillantes, qu'elles jouissent d'une mobilité latérale extraordinaire ; quand les malades se couchent sur le côté, elles se déplacent et reposent sur le lit, aussi les femmes adoptent-elles fréquemment cette position dans le décubitus latéral qui permet aux viscères d'échapper un peu à la compression exercée sur eux par le kyste. Celui-ci, lorsque les malades sont couchées sur le dos, déborde la ceinture du bassin et descend parfois jusqu'au genoux ; il est alors

soutenu par les cuisses fléchies à demi et œdématiées. Partout, lorsque la poche est uniloculaire, on trouve une fluctuation des plus évidentes et l'on perçoit cette sensation de flot et de choc en retour dont je vous ai déjà parlé. En outre des réseaux veineux qui sillonnent la peau des parois abdominales, on aperçoit souvent des vergetures, indice de la distension excessive des téguments. Exagérez, Messieurs, le volume du kyste que porte la malade du n° 8, et vous pourrez vous figurer l'aspect que présente le ventre des malheureuses femmes dont j'ai essayé de vous dépeindre la triste situation.

Vous concevrez sans peine qu'à cette période ultime de leur évolution, les kystes de l'ovaire portent une atteinte profonde à la nutrition des malades. Celles-ci ont une dyspnée généralement intense, car le diaphragme, refoulé vers la cavité thoracique, ne peut lutter contre la force qui l'empêche de s'abaisser en se contractant, la respiration est donc uniquement costale et l'hématose est fort incomplète. Les fonctions digestives sont en outre troublées au plus haut degré; après le repas, ou plutôt après l'ingestion de la petite quantité d'aliments que peuvent prendre les malades, la dyspnée augmente et il survient des renvois, des hoquets et même parfois des nausées ou des vomissements. Il y a presque toujours de la constipation, excepté à la fin de la vie, où les malades sont épuisées par une diarrhée colliquative peu en rapport avec leur alimentation si insuffisante. Du côté de la circulation, on constate de la petitesse et de la fréquence du pouls, souvent des palpitations et des tendances à la syncope. Quelquefois les extrémités inférieures ne sont pas infiltrées, leur sécheresse, leur aspect décharné contraste alors avec le volume énorme du ventre, et l'on est frappé de l'état de maigreur squelettique de

presque toutes les femmes, à cette période de la maladie; la physionomie reflète l'état de souffrance de l'organisme tout entier, et l'excavation des orbites, l'expression du regard, l'effilement du nez, la coloration de la peau, ont fait donner, par Spencer Wells, le nom de *facies ovarien* au masque en effet caractéristique des malades atteintes de kyste de l'ovaire parvenu à cette période avancée.

En cet état de cachexie où sont tombées les malades, il est évident que la mort peut survenir dans le marasme, uniquement par le fait des altérations profondes de la nutrition; cependant la terminaison fatale est souvent accélérée par des complications que je ne dois pas passer sous silence.

Peut-être me demanderez-vous, Messieurs, si les kystes de l'ovaire ne sont pas susceptibles de disparaître spontanément. Pour moi, je vous avouerai que je ne crois guère à la possibilité d'une guérison définitive par la résorption du liquide, ou même par l'évacuation du contenu de la poche par le tube digestif ou par la vessie, ou le vagin. Je comprendrais à la rigueur qu'à l'inflammation d'un kyste succédât un adossement de ses parois et par conséquent une oblitération de sa cavité, néanmoins je n'ai pas connaissance de faits qui démontrent que cette opinion soit autre chose qu'une hypothèse, et, jusqu'à plus ample informé, je considérerai les kystes de l'ovaire comme incurables sans intervention chirurgicale, et devant toujours amener la mort au bout d'un laps de temps plus ou moins long.

Je vous ai décrit, Messieurs, ce que j'appellerai la marche naturelle des kystes de l'ovaire, lente ou rapide, mais abou-

tissant en définitive à la même terminaison, la mort dans le marasme, mot qui sert, il est vrai, à cacher notre ignorance, mais qui, après tout, ne peut être remplacé par un terme plus précis dans l'état actuel de la science. Je désire maintenant revenir sur notre malade du n° 12, et vous la citer comme un exemple d'une des complications les plus fréquentes des kystes ovariques, je veux parler de la péritonite.

Foucher, se trouvant en présence d'un kyste jeune encore, peu volumineux et n'ayant en rien altéré la santé générale de la malade, songea à y provoquer, par une injection iodée, pratiquée après l'évacuation du liquide par une ponction, une de ces inflammations adhésives comme on en obtient si aisément dans la tunique vaginale, dans les cas d'hydrocèle. Je ne discute pas ici la valeur de la méthode, mais il est malheureusement certain que le but a été dépassé et que l'inflammation modérée qu'on voulait faire naître s'est propagée à la séreuse péritonéale par l'intermédiaire sans doute de la paroi du kyste. Il n'est survenu aucun symptôme inquiétant après l'injection, mais l'inflammation du kyste, très-modérée au début, a fini, au bout de quatre à cinq mois, par retentir sur le péritoine, et, à partir de cette époque, la malade a souffert dans le bas-ventre et a été de temps à autre prise de fièvre et de vomissements. Ces symptômes ne peuvent être attribués qu'à une péritonite partielle dont l'inflammation du kyste a été le point de départ et qui a affecté une marche subaiguë.

J'appellerais volontiers péritonite à répétition cette forme d'inflammation de la séreuse caractérisée, tantôt par des accidents aigus, tantôt uniquement par des douleurs, dues probablement à des adhérences établies entre le kyste

et les parties voisines. Sous des influences diverses, à la suite d'une fatigue, d'un mouvement brusque, au moment de la congestion mensuelle des organes génitaux internes, on voit survenir de véritables poussées de péritonite aiguë, et rien ne nous prouve qu'un jour ou l'autre la séreuse tout entière ne s'enflammera pas au point de donner lieu aux plus graves accidents. Bien des femmes succombent ainsi à une péritonite, soit spontanée, soit consécutive à une ponction simple ou à une injection iodée ; et, à propos de la ponction, je vous parlerai des dangers que cette opération fait courir aux malades, dangers qui m'ont décidé à ne la pratiquer qu'en cas d'absolue nécessité. Une femme de notre service, qui est couchée au n° 4, est en train de mourir de cette terrible complication survenue à la suite de la ponction; que son histoire, Messieurs, vous serve de leçon.

Cette malade entra à l'hôpital Saint-Antoine il y a deux ans, et portait depuis 1860 un kyste de l'ovaire qui, par son volume assez considérable, gênait beaucoup la respiration. La tumeur avait mis dix ans à se développer, elle rentrait donc dans cette variété de kystes à marche chronique qu'invoquent les adversaires de l'ovariotomie pour légitimer l'expectation. Peu désireux de pratiquer la ponction qu'implorait la malade, et convaincu de son inutilité, je résistai longtemps aux obsessions dont j'étais l'objet, mais je finis par me rendre aux instances de cette femme qui ne demandait qu'à respirer librement quelques jours, et refusait énergiquement toute autre intervention ; j'évacuai, à l'aide d'un assez fin trocart, une quantité notable de liquide. Il ne survint aucun accident, et la malade quitta l'hôpital fort satisfaite; mais, il y a deux ou trois mois, elle revint me trouver pour subir une seconde ponc-

tion, car son kyste avait repris son volume primitif. Je l'engageai alors, après un examen minutieux de la tumeur, à avoir le courage de se laisser pratiquer l'ovariotomie, en insistant sur les dangers auxquels exposait toujours la ponction; je lui représentai que son kyste se remplirait de nouveau et je ne lui dissimulai pas qu'elle devait renoncer à l'espoir d'une guérison radicale, si elle n'acceptait pas ma proposition. Bref, elle refusa de nouveau l'ovariotomie, et je refusai de lui faire une nouvelle ponction. La malade sortit alors de mon service, mais ce fut pour rentrer dans un autre hôpital où l'un de mes collègues la ponctionna. L'opération fut la cause d'une péritonite assez aiguë, mais qui finit par s'amender. Aujourd'hui la pauvre femme est dans mes salles, au n° 4, et vous pouvez juger de l'état déplorable dans lequel elle se trouve. Elle pourrait servir de type à la description que je vous ai faite du facies ovarien; d'une maigreur extrême, elle porte un kyste énorme qui repose sur les cuisses et paraît d'autant plus gros que les membres sont plus émaciés. Le ventre est extrêmement sensible et le moindre attouchement éveille les plus vives douleurs. La malade respire avec peine, ne mange presque pas, et de temps en temps surviennent des vomissements de matière porracée, dont le retour coïncide avec une exagération des douleurs. Nous ne pouvons méconnaître ici l'existence d'une péritonite chronique qui a dû provoquer des adhérences du kyste aux parois abdominales, et peut-être aux anses intestinales ou à d'autres viscères. Le pronostic est des plus graves et malheureusement il ne nous reste que peu de chances de prévenir la mort par une opération dont nous discuterons l'opportunité, je veux parler d'une application de caustique sur la paroi abdominale et de l'ouverture du kyste.

D'une manière générale, Messieurs, on peut dire que la plupart des malades qui ne succombent pas dans le marasme, sont emportées par une péritonite; tantôt celle-ci est chronique ou subaiguë, à répétition et partielle, c'est-à-dire limitée aux portions de la séreuse qui sont en contact avec le kyste; tantôt, au contraire, elle est aiguë et généralisée, et par conséquent promptement mortelle. Dans quels cas voit-on donc survenir ces péritonites pour ainsi dire foudroyantes?

Elles ne sont pas très-rares, lorsqu'à la suite d'une ponction il s'écoule dans la cavité péritonéale quelques gouttes du liquide contenu dans le kyste, liquide qui irrite au plus haut degré la séreuse. Je reviendrai sur ce sujet et je ne veux insister ici que sur les péritonites qui succèdent à la rupture spontanée des kystes. Cet accident est rarement observé, sans doute parce que les femmes se font ponctionner avant que les parois du kyste soient trop distendues, néanmoins on a cité des cas où cette rupture est survenue même lorsque les kystes étaient peu volumineux. Dans une observation de Négrier, nous voyons qu'un kyste de la grosseur d'un œuf de poule et qui probablement n'avait donné lieu à aucun symptôme avant sa rupture, s'était déchiré largement en arrière et vidé dans le cul-de-sac recto-utérin en provoquant une péritonite à laquelle la malade succomba. Il est probable qu'un traumatisme est nécessaire pour produire cette rupture des kystes d'un petit volume, cependant on peut admettre à la rigueur que l'accident survienne quand les parois résistent à la distension exercée sur elles par le liquide qui tend à s'accumuler de plus en plus dans la cavité. Sans doute, les parois s'amincissent alors et se déchirent brusquement en un point faible, mais, que la rupture puisse être spontanée, ou qu'elle soit tou-

jours le fait d'un traumatisme, il n'en est pas moins vrai que la distension excessive des kystes est la condition nécessaire de leur déchirure. J'ajouterai que les kystes uniloculaires ne sont pas les seuls qui puissent se rompre et que l'on a cité des cas où les parois de l'une des loges d'une tumeur à plusieurs cavités, avaient cédé.

Quelquefois les femmes éprouvent une sensation de craquement dans le ventre au moment de l'accident, mais le plus souvent elles ne sont frappées que par l'affaissement brusque de leur tumeur qui semble disparaître tout à coup et en totalité, si le kyste est uniloculaire et s'est entièrement vidé. La cavité abdominale est alors régulièrement distendue par le liquide kystique et le ventre revêt l'aspect qu'il offre dans les cas d'ascite. Le plus souvent, à la suite de ces ruptures, les malades succombent à une péritonite aiguë généralisée, et parfois très-promptement; il est on ne peut plus exceptionnel de voir le liquide épanché se résorber et le kyste se remplir de nouveau. Le fait a cependant été observé, et dans un cas la tumeur se rompit une seconde fois et la malade mourut.

Je n'ai pas eu l'occasion d'assister à cette terminaison des kystes de l'ovaire par rupture et péritonite, et elle est évidemment très-rare, mais il est une complication que j'ai observée, au contraire, plusieurs fois et dont je veux vous parler brièvement. A la suite d'une ponction, d'une fatigue, d'un froissement, ou même sans qu'on soit en droit d'invoquer une cause quelconque, il peut arriver qu'une malade atteinte d'un kyste plus ou moins volumineux, éprouve dans le ventre des douleurs sourdes continues, indice d'un état inflammatoire du kyste ou d'un point limité du péritoine. S'il survient en outre des troubles des fonctions digestives, quelques petits frissons, une fièvre

continue, modérée, avec redoublement le soir et de la sensibilité au niveau de la tumeur, il est à peu près certain que le kyste commence à suppurer. Peut-être est-ce là le début d'un peu de péritonite partielle seulement, mais s'il en est ainsi, les symptômes s'amendent au bout de quelques jours, sous l'influence du repos et d'un traitement convenable. Dans le cas contraire, lorsque les frissons se répètent, lorsque la fièvre ne tombe pas et lorsque les douleurs persistent, on peut à coup sûr diagnostiquer une suppuration du kyste, complication qui provoque forcément une légère péritonite subaiguë limitée.

Il est bien rare alors que les malades puissent se relever de l'état d'hecticité qui succède à l'apparition des premiers symptômes; le plus souvent une diarrhée que rien ne peut arrêter les épuise peu à peu, elles maigrissent rapidement, même lorsque le kyste est de petit volume, enfin la mort survient au bout d'un certain temps avec le cortége des accidents que produit la septicémie.

Dans certains cas, relativement heureux mais rares, des adhérences solides s'établissent entre la face antérieure du kyste et la paroi abdominale, la peau à ce niveau rougit, puis s'amincit, et enfin s'ulcère en un point : le pus s'écoule alors à l'extérieur, mais par un orifice trop étroit pour que le kyste se vide d'une manière suffisante, et si l'on n'intervient pas, en élargissant le trajet, en pratiquant dans la cavité des injections détersives, etc., les malades succombent néanmoins.

Comme un grand nombre de tumeurs abdominales, les kystes suppurés de l'ovaire peuvent se vider dans les cavités voisines après avoir contracté avec leurs parois des adhérences et par un processus ulcératif.

On lit, dans un mémoire de Bluff, l'observation d'une

femme chez laquelle un kyste de l'ovaire, gros comme une tête d'adulte, se vida par le vagin, et qui guérit. On a cité quelques cas analogues et la voie prise alors par le pus est sans contredit la meilleure; le vagin supporte bien le passage du liquide et la situation déclive du trajet, en assurant l'écoulement continu du pus, permet aux parois du kyste de revenir peu à peu sur elles-mêmes jusqu'à oblitération de la cavité, sans qu'on ait à craindre des accidents de rétention.

Brigt a publié une observation de kyste qui s'ouvrit dans le côlon; la tumeur s'affaissa et en même temps s'établit une diarrhée abondante, mais on ne trouva pas de pus dans les selles, peut-être s'était-il écoulé avant l'examen des matières, ou le liquide kystique n'était-il pas franchement purulent; en tout cas, on constata à l'autopsie que le kyste communiquait avec le côlon au voisinage du point où il fait suite au cæcum, par une ouverture qui s'était formée à la suite d'une ulcération.

Pas plus que Cazeaux qui rapporte ce fait dans son excellente thèse, je ne connais d'exemples d'ouverture d'un kyste dans la vessie, et quant à la rupture de la tumeur dans la cavité péritonéale, on ne l'observe pour ainsi dire jamais; les parois du kyste suppuré adhèrent presque toujours au bout d'un certain temps aux viscères ou à la paroi abdominale, et leur épaississement les met à l'abri d'une déchirure; une perforation consécutive à une ulcération peut seule permettre au liquide de s'échapper, et le travail auquel elle succède se produit de préférence au niveau des points où le kyste est en contact soit avec une cavité viscérale, soit avec la paroi de l'abdomen. L'observation de Brigt vous prouve que l'ouverture dans le tube digestif n'est pas pour les kystes suppurés un mode de guérison bien sûr, et

en effet on conçoit combien le passage continuel du pus sur la muqueuse de l'intestin doit l'irriter et troubler les fonctions digestives.

Parmi les accidents mortels que peuvent produire les kystes de l'ovaire, je dois citer, Messieurs, l'*étranglement interne*, et je vous rappellerai le fait de M. Cruveilhier; j'en rapprocherai l'observation rapportée par Cazeaux, d'une femme qui succomba avec tous les symptômes d'une obstruction intestinale et chez laquelle on trouva une anse de l'iléon fortement comprimée par un kyste long seulement de neuf pouces, fixé au mésentère par des adhérences. Il est curieux de noter que dans ces deux faits les kystes avaient un petit volume; peut-être est-ce là une condition qui favorise la compression limitée d'une portion du tube intestinal. Dans le premier cas, la tumeur aplatissait le rectum contre les parois du bassin et on la sentait par le toucher; dans le second, elle n'était pas enclavée dans l'excavation pelvienne et se trouvait située au-dessus du détroit supérieur, mais il est probable qu'elle n'aurait pas comprimé assez fortement l'intestin pour produire son étranglement si elle avait présenté une très-large surface.

Je vous signalerai, Messieurs, pour terminer l'histoire des complications des kystes, les accidents qui peuvent résulter de la coïncidence d'une grossesse et d'une hydropisie de l'ovaire. La physiologie et même l'observation clinique nous apprennent qu'une femme qui n'a plus qu'un ovaire est néanmoins parfaitement apte à la fécondation, si toutefois cet ovaire est sain; la persistance des règles chez certaines malades s'allie à coup sûr avec la rupture d'une vésicule de de Graaf chaque mois, et de fait rien ne s'oppose à ce qu'un ovule soit fécondé si l'utérus n'est ni dévié, ni trop élevé, ni trop fortement comprimé contre la ceinture

osseuse. Ces changements de direction et de situation de la matrice comptent parmi les causes de la stérilité, mais ils n'opposent pas un obstacle absolu à la pénétration des spermatozoïdes dans la cavité de l'organe.

On peut dire que lorsqu'une femme qui porte un kyste de l'ovaire devient enceinte, les deux tumeurs se nuisent l'une à l'autre : d'une part, le kyste, s'il est trop volumineux, gêne l'utérus dans son développement et celui-ci peut expulser prématurément son contenu; en second lieu, si la grossesse ne se termine pas par un avortement au quatrième ou au cinquième mois, l'utérus finit par exercer sur le kyste une compression qui peut être assez violente pour en déterminer l'inflammation.

Quant à l'accouchement d'un fœtus à terme, la présence d'un kyste ne le rend pas impossible, lorsque la tumeur est située au-dessus du détroit supérieur, quel que soit son volume, mais si, encore au début de son évolution, un kyste remplit l'excavation, ou si, quoique assez gros et occupant une partie de la cavité abdominale, il envoie dans le petit bassin un prolongement qui obstrue plus ou moins le vagin, comme chez notre malade du n° 12, dans ces cas, on peut éprouver les plus grandes difficultés pour terminer l'accouchement qui ne se fait pas spontanément.

Trois malades de ce service, Messieurs, peuvent servir à vous graver dans l'esprit les caractères que présentent les kystes de l'ovaire simple, à divers états de développement. La plus jeune, celle qui est couchée au n° 12, vous offre un kyste d'une dimension moyenne; la plus âgée, qui occupe le lit n° 8, une tumeur extrêmement volumineuse; enfin la malade du n° 4 vous apprendra malheureusement bientôt qu'à la suite d'une ponction on peut mourir d'une

péritonite chronique. Dans ces trois cas, nous n'avons pas eu pour ainsi dire de diagnostic à faire, ou plutôt nous n'avons pas eu à diagnostiquer la nature de la maladie, suffisamment révélée par les ponctions qu'avaient subies les malades, mais nous verrons que l'on ne doit pas se borner à affirmer qu'il s'agit d'un kyste et d'un kyste de l'ovaire, il faut aller plus loin et chercher à savoir si la tumeur a plusieurs loges, si elle contient un liquide séreux, visqueux, etc. Avant d'aborder ces questions délicates de diagnostic, voyons si les kystes de l'ovaire, non plus à leur début, mais dans leur plein développement, ne prêtent pas à quelques erreurs plus ou moins difficiles à éviter.

Un kyste gros à peine comme un utérus au septième ou au neuvième mois n'offre en effet qu'une faible ressemblance avec ces tumeurs qui remplissent toute la cavité abdominale, et mettent parfois la malade dans une absolue impossibilité de marcher. A peine pouvons-nous comparer l'aspect du ventre de la jeune femme du n° 12 avec celui que nous présente l'abdomen de la malade du n° 4 ; dans le premier cas, on croirait volontiers à une grossesse, dans le second on n'hésiterait pas à reconnaître un kyste, ou l'on songerait à une ascite.

Le diagnostic entre l'*ascite* et les kystes de l'ovaire est un de ceux qui embarrassent parfois le plus les chirurgiens ; je ne vous en ai pas encore fourni les éléments, car j'ai fait surtout allusion aux tumeurs globuleuses qui pouvaient être confondues avec un kyste, globuleux lui-même au début ; mais plus tard, lorsqu'ils ont pris un accroissement considérable, les kystes perdent souvent leur premier aspect et peuvent simuler l'ascite à s'y méprendre. Je vous ai rapporté l'erreur de Pelletan qui fut sur le point de ponc-

tionner un utérus gravide, croyant à la présence d'un épanchement dans l'abdomen ; dans ce cas, j'avoue qu'on était en droit d'accûser le chirurgien de légèreté, mais il y a réellement des kystes dont le diagnostic ne peut pas être établi avec certitude.

Je me rappelle avoir observé dans le service de Velpeau une malade qui semblait porter dans l'abdomen un grand kyste uniloculaire à parois minces. La tumeur ne présentait aucune bosselure, aucune inégalité de consistance dans ses différents points ; on percevait une fluctuation très-nette et une sensation de flot bien caractérisée ; je ne me souviens plus des renseignements fournis par la percussion, mais il est certain que Velpeau hésita toujours entre un kyste et une ascite, et il inclinait même vers cette dernière opinion. On fit une ponction : il ne s'écoula pas une seule goutte de liquide par la canule. Le soir, la malade fut prise d'un frisson ; le lendemain, elle succomba à une péritonite suraiguë.

A l'autopsie, nous trouvâmes un kyste aréolaire, à cloisons minces et à cavités aussi petites que les alvéoles d'une ruche d'abeilles ; ces cavités étaient remplies d'un liquide gélatineux.

Velpeau n'est pas le seul qui ait commis une semblable erreur ; M. Cruveilhier rapporte un cas où un kyste aréolaire avait été pris également pour une ascite, et dans une observation qu'il a publiée, nous le voyons hésiter longtemps dans son diagnostic. L'autopsie lui donna raison ; il s'était rattaché à l'idée d'un épanchement abdominal, et celui-ci existait, mais il coïncidait avec un kyste multiloculaire. Il n'est pas très-rare, soit dit en passant, de trouver une certaine quantité de liquide dans le péritoine en cas de kyste, mais généralement l'épanchement n'est

pas assez abondant pour être reconnu à des signes spéciaux, masqués d'ailleurs par ceux de la tumeur principale. L'ascite est sans doute le résultat de la gêne de la circulation abdominale que produit le kyste et n'est alors qu'une complication sans grande importance par elle-même; quand le kyste est petit et par extraordinaire l'épanchement assez considérable, on reconnaît celui-ci à ses caractères habituels, mais il est en général très-difficile d'en trouver la cause, à moins qu'on n'ait assisté au début de la maladie et qu'on ne soit prévenu de l'existence d'un kyste. Parfois pourtant, en variant la position de la malade et en déplaçant ainsi le liquide, on peut arriver à sentir une tumeur plus ou moins tendue qui ne se déplace pas et oppose une certaine résistance à la palpation. Peut-être aussi est-il possible, lorsque la malade est couchée dans le décubitus dorsal, les cuisses demi-fléchies, afin que les parois abdominales soient relâchées, de sentir en déprimant l'abdomen, que la main fait fuir, une couche de liquide interposée entre la ceinture musculaire et une tumeur.

Si les kystes aréolaires peuvent être pris pour une ascite, ce sont néanmoins les kystes uniloculaires vastes et à paroi mince qui prêtent le plus à une semblable confusion. N'oubliez pas, Messieurs, dans les cas douteux, d'examiner le foie, d'ausculter le cœur, et d'interroger avec le plus grand soin votre malade, de façon à rechercher si elle n'est pas atteinte d'une des nombreuses affections dans lesquelles s'observe l'ascite. On a dit que, dans l'ascite, la santé générale des malades est plus profondément altérée que dans les cas de kyste, et que leur facies indique un degré plus avancé de cachexie; cette proposition n'est vraie que si l'on envisage seulement l'état général des femmes atteintes de kyste au début, car nous avons vu qu'à une

période ultime, cette maladie mine profondément l'organisme.

Je vous rappellerai aussi que l'infiltration des membres inférieurs, considérée avec raison comme fréquente surtout dans l'ascite, peut être causée par un kyste volumineux ; il n'y a donc pas lieu d'attacher à ce symptôme une grande valeur.

Quant aux signes physiques, ils permettent neuf fois sur dix, ce n'est pas trop dire, d'arriver au diagnostic ; tous, cependant, n'ont pas la même importance. La forme du ventre est plus globuleuse en cas de kyste que dans l'ascite, mais vous savez que l'aspect extérieur est très-variable. Dans l'ascite, le ventre se développe uniformément sans qu'on puisse noter l'apparition d'une tumeur dans une des fosses iliaques ou à l'hypogastre. Les renseignements que l'on vous fournira sur le mode de début de la tuméfaction seront utiles sans contredit, mais vous avez dû remarquer toutefois combien ils sont en général vagues et incomplets. Les vrais éléments du diagnostic différentiel nous sont donnés surtout par la percussion, et à Rostan revient le mérite d'avoir le premier insisté sur un signe de la plus grande valeur. Dans les cas de kystes, a-t-il dit, on trouve toujours une matité plus ou moins médiane et de la sonorité à l'épigastre et latéralement ; dans l'ascite, au contraire, il y a de la sonorité sur la ligne médiane et de la matité dans les flancs.

N'oubliez jamais, Messieurs, ces deux propositions qui vous feront éviter bien des erreurs. Ces différences dans les résultats obtenus par la percussion s'expliquent de la manière la plus simple : quand il existe un épanchement dans la cavité abdominale, les intestins distendus par les gaz flottent à sa surface et le liquide s'accumule dans les

parties déclives, tandis qu'un kyste vient s'appliquer contre la paroi du ventre et refoule les anses intestinales au-dessus de lui ou sur les côtés. Dans ce dernier cas, les changements de position de la malade ne modifient en rien la situation et les rapports du kyste, et, par conséquent, la matité ne se déplace pas. Dans l'ascite, au contraire, si la malade se couche sur le côté droit par exemple, on ne trouve plus dans le flanc gauche qu'une sonorité due à la présence des intestins qui ont pris la place du liquide, accumulé du côté droit, c'est-à-dire dans le point le plus déclive de la cavité.

Je ne saurais trop insister sur l'importance du signe indiqué par Rostan, mais ce professeur convenait lui-même qu'il y a des cas où la percussion peut nous induire en erreur, si nous n'appuyons notre diagnostic que sur les renseignements qu'elle nous fournit. Quelquefois, en effet, l'épanchement ascitique est si abondant, que le mésentère ne peut s'allonger assez pour permettre aux intestins de flotter à la surface du liquide, et, d'autre part, ceux-ci peuvent n'être point distendus par des gaz. Enfin, on a vu des anses de l'iléon venir s'interposer entre un kyste et la paroi abdominale, donner de la sonorité sur la ligne médiane et faire croire à une ascite qui n'existait pas.

Je vous dirai, en terminant ces considérations sur le diagnostic entre l'ascite et les kystes, que le toucher peut être utile en nous faisant reconnaître la position de l'utérus, si souvent élevé et appliqué contre les parois du bassin dans les cas de tumeurs ovariennes.

Je ne reviens pas, Messieurs, sur le diagnostic entre les kystes et la grossesse; il ne présente réellement aucune difficulté lorsque les kystes sont volumineux, et nous ne nous occupons plus des tumeurs nettement globuleuses. Il

me reste à vous signaler comme pouvant être confondues avec les kystes, les hydronéphroses ou les hydatides développées soit dans l'épiploon ou dans le mésentère, soit dans les viscères, tels que le foie, la rate, les reins, etc.; vous prévenir qu'on a souvent pris pour des kystes de l'ovaire quelques-unes de ces tumeurs, c'est à peu près là tout ce que je puis faire. Si l'on n'a pas de renseignement précis sur le siége initial du kyste, sur la direction dans laquelle il s'est développé, sur les symptômes qui ont marqué son début, et si l'on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse, fluctuante, remplissant toute la cavité abdominale, il est à peu près impossible d'affirmer quel est l'organe où elle a pris naissance.

On songe alors à un kyste de l'ovaire en raison de la fréquence de cette maladie, et ce n'est le plus souvent qu'à l'autopsie ou pendant la gastrotomie qu'on reconnaît son erreur, erreur, je le répète, presque toujours inévitable. Cette incertitude du diagnostic de certaines tumeurs abdominales est une des causes qui a le plus retardé la vulgarisation de l'ovariotomie.

Je vous ai montré, Messieurs, comment on pouvait distinguer un kyste de l'ovaire au début d'un corps fibreux de l'utérus ou plutôt d'un myome, car ces tumeurs dites fibreuses sont en grande partie formées de fibres musculaires lisses. Quand un kyste est volumineux, il est assez rare qu'on le confonde avec un de ces gros myomes qui envahissent parfois une partie de la cavité abdominale, tout en ayant pour point de départ l'utérus avec lequel ils restent en connexion plus ou moins intime au moyen d'un pédicule. En m'exprimant ainsi, j'entends ne faire allusion qu'aux kystes de l'ovaire simples et nettement fluctuants, car rien n'est plus fréquent, au contraire, que de prendre

un kyste composé pour un fibrome utérin et réciproquement.

Lorsqu'on est en présence d'une tumeur assez volumineuse et paraissant franchement solide qui remplit à peu près l'abdomen, il est souvent fort difficile de savoir si elle appartient à l'ovaire ou à l'utérus; je dirai même plus, ce diagnostic est à peu près impossible en l'absence de commémoratifs et si l'on ne constate pas la continuité de la tumeur avec l'utérus. Le développement seul de la masse morbide peut nous éclairer, à moins que l'on ne sente distinctement dans les parois utérines un de ces myomes interstitiels qui doit nous faire admettre par analogie que la tumeur abdominale n'est qu'un myome pédiculisé vers la cavité péritonéale. Si la tumeur jouit d'une certaine mobilité et si en la refoulant en haut par la palpation on sent qu'*elle* entraîne l'utérus, ce signe peut avoir quelque valeur, mais nous savons que les tumeurs de l'ovaire, elles aussi, peuvent entraîner l'utérus dans leur ascension, puisqu'elles tiennent à cet organe par le ligament ovarien. Enfin, la persistance ou la suppression des règles ne constituera pas un symptôme bien précieux, car les tumeurs ovariennes peuvent être une cause de pertes aussi bien que d'aménorrhée, à moins que les deux ovaires ne soient dégénérés. Dans ce dernier cas, il est rare que la menstruation persiste. Des métrorrhagies véritables devraient cependant nous faire pencher vers l'idée d'un corps fibreux utérin, quoique ceux-ci, quand ils sont sous-péritonéaux, ne troublent pas d'ordinaire profondément les fonctions menstruelles, à moins qu'ils ne coïncident avec des myomes interstitiels, ce qui n'est pas une règle absolue.

Si les tumeurs solides nées dans le petit bassin, myomes, sarcomes ou carcinomes, sont assez difficiles à distinguer

les unes des autres, quant à leur véritable origine, il est cependant exceptionnel qu'on les confonde avec un kyste de l'ovaire simple.

Étudiez la malade qui est couchée au n° 5 de notre salle et est entrée si récemment que je n'ai pas encore eu le temps de l'examiner d'une manière complète ; je ne me prononce pas sur la nature ni sur le siége de sa tumeur, toutefois il m'est possible d'affirmer déjà que celle-ci n'est pas un kyste de l'ovaire simple. Le ventre est volumineux et tendu ; la malade éprouve de vives souffrances et est obligée de garder le lit ; la cavité abdominale est remplie presque en totalité par une tumeur régulière, mate et dure. Il est à peu près certain que cette tumeur est solide, car en aucun point nous ne constatons d'élasticité et de fluctuation, et si je m'en rapporte à ma première impression, je dirai que nous avons affaire à une production de mauvaise nature ou peut-être à un corps fibreux ayant pour point de départ un des ovaires (1) ; j'espère poser plus tard un diagnostic plus précis, mais à coup sûr il ne s'agit pas là d'un kyste de l'ovaire simple, tout au plus serait-ce un kyste composé dans lequel il y aurait beaucoup plus d'éléments solides que de liquide.

Dans ce cas, il est assez facile de reconnaître que la tumeur n'est pas un kyste, mais on est parfois très-embarrassé pour se prononcer, et quelques tumeurs purement solides ont été prises pour des kystes par des chirurgiens expérimentés.

Le développement des fibromes, des sarcomes ou des carcinomes de l'ovaire peut être, en effet, assez semblable

(1) Je donne ici l'opinion que j'ai formulée dans cette leçon ; dans une des leçons suivantes, on verra que mon diagnostic était inexact, et je reviendrai sur ce cas extrêmement complexe.

à celui des kystes, et, dans certains cas, on n'a pour se guider que les signes fournis par la palpation. Or, il peut arriver qu'une tumeur fibreuse ou autre, mais en tous cas solide, présente à travers les parois abdominales une élasticité ou une mollesse qui en impose pour de la fluctuation véritable, et on la prend alors pour un de ces kystes multiloculaires dont je vous parlerai tout à l'heure, et où la sensation de flot ne peut pas être perçue. C'est ainsi qu'il y a malheureusement dans la science un assez grand nombre d'observations d'ovariotomies pendant lesquelles, après l'incision des parois abdominales, on a reconnu qu'on avait affaire à une tumeur solide dont l'extirpation parut impraticable. Si je vous signale ces faits, c'est pour vous mettre en garde contre ces fausses fluctuations qui trompent les plus habiles, car à la Société de chirurgie on a constaté qu'une tumeur fibreuse ainsi méconnue, extirpée et placée sur une table, était aussi élastique et aussi molle qu'aurait pu l'être un véritable kyste.

La ponction seule peut nous renseigner dans les cas douteux, et il ne faut pas hésiter à la pratiquer quand on a des doutes sur la nature d'une tumeur ovarienne; la sensation qu'éprouve la main quand le trocart est enfoncé dans un corps fibreux est caractéristique, l'instrument est fixé dans la tumeur, son extrémité ne joue pas comme quand elle est dans une cavité, et ces ponctions exploratrices faites dans une masse solide ne sont pas en général dangereuses. Quoique je ne sois pas très-partisan des ponctions, quand on a l'intention de faire l'ovariotomie la prudence exige qu'on y ait recours, lorsque, sans elles, le diagnostic reste incertain.

Si l'on a affaire à un kyste composé, l'évacuation du liquide contenu dans une ou plusieurs des loges permet,

lorsqu'on a retiré la canule, d'apprécier par la palpation la consistance, le volume et la mobilité des parties solides, mais en somme il est rare qu'on ne puisse pas faire le diagnostic sans le secours de la ponction ; l'irrégularité de la tumeur, ses bosselures, sa dureté habituellement très-nette en certains points, tandis que dans d'autres on trouve de la fluctuation, constituent des signes qui en général ne nous permettent guère d'hésiter sur la nature du kyste : or vous ne devez jamais négliger, Messieurs, de rechercher avec le plus grand soin à quelle variété vous avez affaire.

Le diagnostic des kystes de l'ovaire comprend en effet plusieurs points ; il faut toujours :

1° Examiner si la tumeur abdominale est bien un kyste et un kyste de l'ovaire ;

2° Chercher à quelle variété le kyste appartient ;

3° Tâcher de deviner la nature du liquide qu'il contient ;

4° Enfin s'assurer qu'il n'est pas compliqué de grossesse, d'ascite, etc.

Je vous ai parlé du diagnostic des kystes en eux-mêmes et des caractères propres aux kystes composés, voyons à quels signes nous reconnaîtrons si un kyste est uniloculaire ou à plusieurs loges.

Le diagnostic de la variété d'un kyste doit et peut presque toujours se faire avant la ponction; je fais une exception toutefois pour les kystes aréolaires. Le kyste que porte la malade du n° 8 peut vous être présenté comme un type de kyste uniloculaire. Dans cette variété, la tumeur ne présente aucune irrégularité, aucune bosselure et sa consistance est égale partout ; pas de points durs, pas de nodosités, à moins que les parois ne présentent des plaques cartilagineuses ou de petits kystes interstitiels qui pourraient

à la rigueur altérer la souplesse de la coque fibreuse. Suivant que cette coque est plus ou moins épaisse, la fluctuation est plus ou moins nette; tantôt le liquide semble séparé du doigt par une mince membrane, surtout quand les parois abdominales sont distendues et peu chargées de graisse, tantôt il est plus profond. Dans les kystes uniloculaires, la sensation de flot se perçoit facilement et se communique d'une extrémité de la tumeur à l'autre, quel que soit le point où l'on place la main qui doit recevoir le choc. Le moindre ébranlement imprimé au liquide par un petit coup sec frappé avec le bout des doigts ou par une *pichenette* se transmet suivant tous les axes du kyste.

Pour bien vous rendre compte, Messieurs, de cette sensation de flot, il faut examiner un kyste un peu volumineux, tel que celui de la malade à laquelle je fais allusion. Au début, en effet, les kystes uniloculaires ne peuvent réellement pas être distingués des autres, avant la ponction. Chez la malade du n° 12, vous retrouverez aussi ces mêmes caractères de la fluctuation, mais je soupçonne là cependant un kyste à plusieurs loges. Les kystes multiloculaires peuvent être formés par un nombre variable de poches; quand ces poches sont adossées de façon que leurs lignes de jonction répondent à la surface antérieure de la tumeur, on sent presque toujours qu'à ces lignes répondent des dépressions plus ou moins accentuées qui divisent le kyste en lobes vaguement accusés; on aperçoit parfois ceux-ci en regardant obliquement la surface du ventre, mais, dans d'autres cas, ils sont à peine appréciables. Souvent même rien n'indique, à la simple inspection, la multiplicité des loges, et c'est alors que la palpation et la percussion de la tumeur vous fournissent les données les plus utiles.

La fluctuation n'est plus générale, mais partielle, c'est-à-dire qu'elle ne se transmet qu'incomplétement à tous les points du kyste, à moins que celui-ci n'ait que deux ou trois grandes loges séparées par des cloisons minces et souples. Même dans ces cas, la sensation de flot est le plus souvent limitée à un espace variable et n'est perçue nettement que dans la sphère de chacune des loges.

Tels sont les principaux caractères différentiels des kystes uniloculaires ou multiloculaires; on a prétendu que les premiers se développaient plus vite et avaient un moindre retentissement sur la santé générale, je crois que c'est là une assertion trop absolue, à moins qu'on ne comprenne dans les kystes multiloculaires les kystes composés qui ne sont souvent que de véritables cancers ou des cystosarcomes.

Les kystes aréolaires, variété rare et encore mal déterminée au point de vue de la véritable nature du tissu, sont pour ainsi dire impossibles à diagnostiquer sans le secours de la ponction, et je vous ai dit qu'on les confondait surtout avec l'ascite, ce qui vous prouve à quel point ils sont fluctuants. Si une tumeur de ce genre présente quelques bosselures formées par des loges plus volumineuses que les autres, on croira être en présence d'un kyste multiloculaire simple; l'état général pourra dans certains cas faire penser à une production maligne, mais, je vous le répète, la ponction seule vous permettra de diagnostiquer la variété, soit parce qu'il ne s'écoulera pas de liquide par la canule, malgré l'évidence de la fluctuation, soit parce que vous pourrez recueillir une petite quantité d'une matière colloïde et gélatineuse.

Chez les malades qui sont couchées au n° 4 et au n° 8, les kystes sont uniloculaires ou au moins contiennent une

loge principale énorme ; nous l'avions reconnu par la palpation et la percussion ; les ponctions pratiquées nous l'ont clairement démontré. La jeune femme du n° 12 porte, croyons-nous, un kyste biloculaire, mais, comme au point de vue des indications thérapeutiques il importe que nous nous formions une opinion exacte, je ponctionnerai demain la tumeur, afin de savoir positivement si le lobe qui remplit le petit bassin communique avec le lobe principal.

Je veux vous faire part, à propos de cette malade, Messieurs, d'un soupçon qui a traversé récemment mon esprit. J'ai oublié, en vous rapportant son histoire, de vous parler d'un symptôme survenu depuis peu et qui est assez insolite pour ne pas passer inaperçu. Il y a quelques jours, la malade a remarqué qu'elle perdait par le vagin une quantité assez notable d'un liquide légèrement filant. Quelle peut être la signification de cet écoulement qui provient à coup sûr de l'utérus, car la vessie se vide bien, et nous ne pouvons admettre que la malade urine par regorgement ? Nous savons que, dans les cas de corps fibreux utérins, la cavité du viscère est souvent dilatée et qu'il s'échappe quelquefois par le vagin des ondées d'un liquide albumineux sécrété par les glandes de la muqueuse, mais je ne sache pas qu'on ait noté rien de semblable dans les cas de kystes ordinaires de l'ovaire ; il serait possible cependant que la malade ait un peu de catarrhe utérin et que ce fût là la cause de l'écoulement. Je vous rappellerai aussi que les kystes tubo-ovariens peuvent se vider par l'utérus, car la trompe n'est pas toujours oblitérée dans sa première portion, et peut-être avons-nous affaire à cette variété rare, décrite par A. Richard. Le diagnostic de ces kystes pendant la vie ne repose guère que sur cet écoulement par le vagin, et

sans oser me prononcer ici catégoriquement, j'appelle votre attention sur ce fait.

Comment deviner, Messieurs, la nature du liquide que contiennent les kystes de l'ovaire? A cette question je répondrai que pour reconnaître sans le secours de la ponction la nature du liquide, nous pouvons nous fonder et sur les notions que fournit la palpation et sur la marche de la maladie.

Lorsqu'un kyste uniloculaire est franchement fluctuant, lorsque ses parois sont minces et quand on perçoit la sensation de flot d'une manière très-nette, on est en droit d'espérer que le liquide est séreux; si au contraire un kyste a des parois épaisses et surtout si le choc qu'on imprime à son contenu n'ébranle que lentement le liquide qui semble osciller avant de venir frapper la main, on doit penser que la tumeur renferme une sérosité fortement albumineuse, filante et visqueuse.

Le liquide que contiennent les kystes multiloculaires est rarement séreux; en général il est plus ou moins albumineux et sa consistance ainsi que sa couleur peuvent varier d'une loge à l'autre; c'est ainsi que dans un même kyste il présentera les teintes les plus diverses : verdâtre et oléagineux dans une cavité, il sera parfois brun ou couleur café au lait et grumeleux dans une autre. Ces variétés de coloration tiennent aux modifications que subit la matière colorante du sang épanché dans les loges, ou aux proportions des principes gras, qui, avec la cholestérine, donnent au liquide un aspect lactescent et pailleté. C'est dans les kystes multiloculaires anciens et qui plusieurs fois ont donné lieu à des douleurs, indice d'un léger travail inflammatoire, que le liquide est le plus coloré; chez notre malade du n° 12, je ne doute pas que celui que nous retirerons par

la ponction ne soit jaunâtre ou couleur chocolat et ne contienne une certaine quantité de cholestérine; chez celle qui est couchée au n° 8, le liquide doit être albumineux et à reflets olivâtres, mais encore assez transparent. Je ne reviens pas sur les symptômes qui vous indiqueront qu'un kyste est en voie de suppuration; quant aux kystes hydatiques de l'ovaire, je vous ai dit combien ils étaient rares et, à moins qu'on n'évacue par une ponction ce liquide clair comme de l'eau de roche, sans albumine, et contenant parfois des crochets, qui est si caractéristique, je ne crois pas qu'on puisse les diagnostiquer; le frémissement hydatique est un signe que, pour ma part, je n'ai jamais constaté.

Je terminerai cette leçon, Messieurs, en vous rappelant qu'il faut toujours s'assurer si une femme chez laquelle on constate l'existence d'un kyste de l'ovaire n'est pas en même temps enceinte, et si la cavité abdominale ne contient pas une certaine quantité de liquide. L'importante question du diagnostic des adhérences se rattache à celle des indications de l'ovariotomie, je l'aborderai dans notre prochaine réunion.

NEUVIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE (SUITE)

Traitement des kystes de l'ovaire. — Traitement palliatif; indications de la ponction simple. — Traitement curatif; indications des trois méthodes : ponction suivie d'injections, incision et ovariotomie.

Messieurs,

Nous ne sommes plus au temps où l'on croyait les kystes de l'ovaire au-dessus des ressources de l'art et leur traitement constitue une des plus graves questions que comporte l'étude de la chirurgie moderne. Cette question est même si vaste, grâce aux documents qui se sont accumulés depuis trente ans et aux tentatives de tout genre devant lesquelles n'ont pas reculé les opérateurs, que je dois me contenter ici de vous en exposer les principaux éléments. Je m'efforcerai de vous tracer un tableau fidèle des méthodes diverses appliquées au traitement des kystes, et sans me livrer à un examen critique approfondi des procédés, je vous ferai connaître les réflexions qui m'ont été suggérées par mon expérience personnelle. Enfin à propos des malades qui sont actuellement confiées à nos soins, nous discuterons ensemble les indications thérapeutiques et nous déciderons le sens dans lequel il convient d'intervenir.

Je vous ai montré combien, au point de vue de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, les variétés de

kystes de l'ovaire sont nombreuses et diverses; aussi quand je vante l'utilité d'une intervention chirurgicale active, je n'entends pas affirmer que l'*expectation* doive être bannie de la thérapeutique de l'hydropisie ovarienne; il y a des cas où il faut savoir ne pas agir. Je fais allusion ici à ces kystes à marche essentiellement lente que l'on observe chez des femmes âgées et qui ne compromettent pas d'une façon grave l'exercice des principales fonctions. Il serait imprudent en présence de cette variété de tumeur de tenter l'ovariotomie ou un traitement radical quelconque; le mieux est de ne pas troubler la maladie dans sa marche chronique, et l'on doit craindre d'exposer les femmes à des accidents qui peuvent être mortels, ou d'accélérer la terminaison funeste. Vous m'avez entendu déjà, Messieurs, blâmer ceux qui cèdent aux désirs des malades, et pratiquent sans une absolue nécessité des ponctions palliatives, l'exemple de la femme qui est couchée au n° 4 nous prouve que ces opérations sont loin d'être toujours innocentes.

L'expectation nous est encore imposée dans les cas de tumeurs mixtes formées de kystes et de produits solides, dont la nature maligne peut souvent être soupçonnée. Supposez un instant que cette malade du numéro 5 dont je ne vous ai dit que quelques mots ait un kyste composé et non une tumeur que je crois entièrement solide sans spécifier ni sa nature histologique, ni son point de départ, la seule opération qu'on pourrait peut-être tenter serait la gastrotomie, mais on peut dire qu'au point de vue chirurgical la plupart des kystes composés doivent être considérés non comme de véritables kystes de l'ovaire mais comme des tumeurs solides abdominales dont le traitement repose sur des indications spéciales.

Quant aux kystes multiloculaires à cavités nombreuses

et vastes lorsque nous avons la quasi-certitude qu'ils sont fixés aux parois abdominales ou aux viscères par des adhérences solides, tenter de les extirper serait alors folie, et la multiplicité des loges ôte souvent aux méthodes telles que l'incision ou l'injection iodée toute chance de succès.

En présence de ces différentes variétés de kystes, je vous conseille donc l'expectation; les malades ne sont que trop disposées en général à accepter notre inaction lorsque nous savons la déguiser par des prescriptions banales. Vous insisterez sur l'utilité du repos, des bains et des onctions belladonnées sur le ventre s'il existe des douleurs. Vous combattrez la constipation ou la diarrhée par les moyens appropriés, et si la tumeur est volumineuse vous ferez porter à votre malade une large ceinture qui enveloppera tout l'abdomen, ou une ceinture hypogastrique si la vessie se trouvait par trop comprimée.

Lorsque les kystes inopérables, ou contre lesquels on n'a pas jugé convenable de diriger un traitement radical, atteignent des proportions telles que la marche est rendue impossible et que la respiration se trouve profondément gênée, il est permis, Messieurs, d'intervenir chirurgicalement. La *ponction simple* est alors indiquée à titre de traitement palliatif.

Appliquée au traitement des kystes en général la ponction simple, c'est-à-dire non suivie d'injection, peut être envisagée à un triple point de vue; elle est *curative*, *palliative* ou *exploratrice*. Certaines tumeurs qu'on peut considérer comme des kystes, c'est-à-dire des collections liquides limitées par une paroi, guérissent parfois après une ou plusieurs ponctions évacuatrices; je fais ici allusion à quelques épanchements pleuraux, à certaines variétés d'hydrocèles, aux kystes hydatiques.

Mais est-on en droit d'espérer guérir un kyste de l'ovaire par une ou plusieurs ponctions simples? Quant à moi, malgré les quelques faits qui ont été rapportés, je ne le crois pas. Toujours, pour ainsi dire, et à de rares exceptions près, le liquide d'un kyste se reproduit après la ponction; sa fluidité et sa transparence, pas plus que la minceur des parois de la poche ne doivent sur ce point nous permettre de nous faire illusion; aussi ne puis-je considérer la ponction simple des kystes de l'ovaire, quels qu'ils soient, comme un traitement curatif. Si elle guérit, ce n'est qu'en provoquant la suppuration de la cavité et ce n'est pas là le but qu'on poursuit.

Quant aux ponctions exploratrices, Messieurs, je suis loin de contester leur utilité, mais suivant moi, on en abuse. Une ponction suffit en effet pour nous mettre à même d'être parfaitement renseignés sur la consistance, la couleur et la composition du liquide, sur le nombre des poches, sur l'absence de tumeur solide dans le petit bassin, etc. Pourquoi donc la plupart des chirurgiens avant d'entreprendre un traitement radical font-ils en général un assez grand nombre de ponctions? Je n'oserais pas dire qu'ils cherchent ainsi à gagner du temps avant de prendre une détermination, mais il me paraît certain que ces ponctions exploratrices répétées ont de réels inconvénients et je reviendrai sur ce sujet quand je vous parlerai de l'ovariotomie.

Si je nie que la ponction appliquée aux kystes de l'ovaire constitue un traitement curatif, et si d'autre part je vous recommande de ne pas abuser des ponctions exploratrices, je me montrerai moins sévère vis-à-vis des ponctions qu'on peut appeler palliatives. Ces ponctions, je le répète, ne me paraissent pourtant indiquées que si l'on

ne peut pas tenter la cure radicale, sinon celle-ci doit être entreprise sans délai. A côté des cas où un kyste n'est réellement pas opérable, je placerai ceux où il y a coïncidence d'une grossesse avec une tumeur ovarienne. Si cette complication se présentait et si par son volume ou sa situation le kyste devait nuire au développement du fœtus ou s'opposer à l'accouchement, je crois qu'il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une ou plusieurs ponctions de préférence à toute autre opération. Provoquer dans ces cas la suppuration des kystes ou faire une injection iodée me paraîtrait une imprudence.

Tout en acceptant en principe la ponction palliative, et en reconnaissant son utilité, je suis de ceux qui pensent qu'elle expose les malades à quelques dangers, et s'il est vrai que les accidents soient rares, eu égard au nombre considérable des ponctions que les chirurgiens pratiquent journellement, on n'en doit pas moins les redouter. Disons d'abord que toute ponction faite dans un kyste de l'ovaire est susceptible de provoquer sa suppuration. Si l'on avait l'intention de faire l'ovariotomie, on devrait alors renoncer à cette opération, bien qu'il y ait des exemples d'extirpation de kyste suppuré accomplie avec succès; si au contraire toute idée de cure radicale avait été repoussée on se verrait forcé de pratiquer l'incision du kyste. Dans certains cas, Messieurs, ce ne serait là qu'une nécessité qui pourrait ne pas être très-périlleuse, mais dans d'autres, si l'on avait affaire à un kyste multiloculaire ou composé, par exemple, la suppuration pourrait être intarissable, et la malade succomberait lentement, à supposer qu'elle ne fût pas emportée par une péritonite ou par l'infection purulente. La suppuration d'un kyste vous force donc la main, pour ainsi dire, et vous impose un mode de traitement, qui, s'il

offre des avantages dans quelques cas, donne dans d'autres des résultats déplorables.

En second lieu, Messieurs, je dirai que la ponction peut être une cause de péritonite partielle ou généralisée; il est assez fréquent de voir se développer au niveau des points traversés par le trocart une légère inflammation du péritoine qui aboutit à la formation d'adhérences assez limitées entre le kyste et la paroi abdominale; ces adhérences n'auraient aucun inconvénient si la ponction était uniquement palliative et seraient même avantageuses si l'on voulait opérer plus tard le kyste par le procédé de l'incision, mais si l'on se propose de pratiquer l'ovariotomie, elles sont fâcheuses en ce sens qu'elles forceront le chirurgien à les décoller avant l'extirpation et à violenter ainsi le péritoine.

La péritonite causée par l'introduction du trocart n'est pas d'ailleurs toujours aussi limitée; elle peut envahir une étendue assez considérable de la cavité abdominale et créer des adhérences assez nombreuses et assez solides pour constituer, si on les prévoit, une contre-indication formelle à l'opération, et si on les méconnaît, une difficulté très-grande ou même insurmontable. Enfin, la ponction produisant, quelle que soit la finesse du trocart, une véritable solution de continuité de la paroi du kyste, une certaine quantité de liquide peut s'épancher dans la cavité péritonéale et causer les plus graves accidents. Quoique l'on ait cité des cas de guérison survenue à la suite de la rupture spontanée des kystes et quoique l'épanchement d'un peu de liquide dans le péritoine pendant l'ovariotomie ne soit pas toujours suivi de péritonite, il est néanmoins prouvé que bien des malades succombent par le fait de l'inflammation provoquée par l'écoulement du liquide kystique dans la cavité séreuse. Je crois, quant à moi, que tous les liquides

ne sont pas également irritants, mais on a vu des péritonites foudroyantes succéder à des ponctions, pendant lesquelles un peu du contenu du kyste s'était écoulé le long de la canule. Le trocart peut aussi pénétrer à travers un point très-épaissi de la paroi, et, dans ce cas, après l'opération, la plaie restée béante laisse échapper ce qui reste de liquide dans la cavité.

Ces accidents, dont je vous signale la possibilité, sont, je vous l'ai dit, très-rares, et je ne voudrais pas que vous me crussiez effrayé outre mesure par une opération qu'on pourrait appeler banale, mais c'est précisément l'abus qu'on fait des ponctions dans le traitement des kystes qui m'a décidé à insister sur leurs inconvénients et leurs dangers. Du reste les ponctions ne seraient-elles jamais suivies ni de péritonite partielle ou généralisée, ni de suppuration du kyste, qu'on les pratiquerait encore le moins souvent possible, si l'on était bien convaincu de cette vérité qu'elles sont pour les malades une cause réelle d'épuisement. Comme le disait fort bien Récamier, en ponctionnant un kyste, vous faites une saignée séreuse, car vous soustrayez à votre opérée une quantité souvent considérable d'eau, de sels et d'albumine, et elle devra faire aux dépens de la masse liquide de son sang les frais d'un nouvel épanchement.

Condamner un abus, Messieurs, n'est point repousser une méthode et puisque je reconnais la nécessité des ponctions exploratrices et palliatives, je dois vous indiquer ici les règles suivant lesquelles il vous faudra les pratiquer.

M. Maisonneuve n'a pas craint autrefois de diviser la paroi d'un kyste avec une aiguille à cataracte, afin de provoquer l'écoulement du liquide dans le péritoine et il a obtenu un demi succès, car la malade n'est pas morte, ce qui est déjà

beaucoup, et le kyste s'étant vidé lentement, le liquide s'est résorbé pour se reproduire, il est vrai, au bout de six mois. Toutefois, et malgré l'innocuité de certaines variétés de liquides, je crois, avec la majorité des chirurgiens, qu'on doit éviter par toutes les précautions possibles que la moindre quantité de liquide ne tombe dans la cavité péritonéale. De plus, il est certain que l'entrée de l'air dans le kyste peut favoriser son inflammation et sa suppuration, aussi faut-il veiller à ce que la poche par son élasticité ne joue pas le rôle de ventouse. Enfin, on doit éviter de piquer avec le trocart un vaisseau important dont la blessure pourrait devenir la source d'une hémorrhagie dans l'abdomen.

J'ai l'habitude de choisir pour faire une ponction simple un trocart un peu plus volumineux que celui dont on se sert pour le traitement des hydrocèles, mais beaucoup plus long; la longueur de la canule lui permet de ne ne pas s'échapper du kyste lorsqu'il se vide et s'affaisse sur lui-même. Un trocart volumineux a l'avantage de laisser passer les flocons que peut contenir le liquide, mais il fait sans nécessité une ouverture trop large à la paroi du kyste; une canule trop étroite a l'inconvénient de se boucher facilement, et si le liquide est épais, il ne s'écoule pas. Aujourd'hui qu'on emploie des aspirateurs tels que ceux de M. Potain et de M. Dieulafoy, on peut se servir de canules sinon capillaires, du moins très-fines; néanmoins, lors même que le liquide est aspiré dans la cavité où l'on a fait le vide, il ne s'écoule pas toujours sans qu'on soit obligé de déboucher la canule de temps en temps, ce qui retarde inutilement l'opération. Récamier avait adopté un long trocart courbe, pour que la canule ait moins de tendance à abandonner le kyste et afin de ponctionner plus

facilement les diverses poches que contiennent les kystes multiloculaires.

On peut ponctionner un kyste par le rectum, par le vagin, par la paroi abdominale. La ponction rectale n'a peut-être jamais été pratiquée, la ponction vaginale a au contraire été préconisée par Récamier. Il n'est permis d'y songer que si le kyste fait saillie dans le vagin, comme chez notre malade du numéro 12, mais je ne conçois pas ses avantages quand l'opération est purement palliative, à moins que l'on ne soit certain qu'il existe à ce niveau des adhérences solides; comme le fait justement remarquer M. Cruveilhier, si ces adhérences manquent, ce qui n'est pas rare, le liquide aura d'autant plus de tendance à tomber dans le péritoine que l'ouverture faite à la poche sera sur un point plus déclive.

Le lieu d'élection est donc la paroi abdominale antérieure. Si le kyste est multiloculaire, vous le ponctionnerez aux points les plus saillants, en évitant avec soin de plonger le trocart au niveau des épaississements fibreux que vous pourrez sentir; je vous ai déjà dit pourquoi cette précaution était indispensable. Si la tumeur est uniloculaire, vous pourrez faire la ponction sur la ligne blanche à égale distance du pubis et de l'ombilic, mais vous aurez soin préalablement de vous assurer par la percussion qu'il n'y a pas d'anse intestinale interposée entre le kyste et la paroi abdominale, et par le cathétérisme que la vessie ne remonte pas au-devant de la tumeur. Si la malade a déjà été ponctionnée, vous pourrez suivre le conseil de Delpech et enfoncer le trocart sur une ancienne cicatrice.

On a recommandé, et avec raison, de faire la ponction le plus bas possible, le plus près du lieu où le kyste a pris naisance et doit par conséquent se retirer; si l'on veut suivre

ce précepte, moins important ici que lorsqu'on établit des adhérences pour traiter le kyste par la méthode de l'incision, il faut se rapprocher du ligament de Fallope et plonger le trocart en dehors de la ligne qui répond au trajet de l'artère épigastrique. Cette artère, dont la direction est du reste bien connue, doit être soigneusement évitée ainsi que les grosses veines qui sillonnent dans certains cas les parois abdominales.

Quand vous avez enfoncé le trocart brusquement dans le kyste et lorsque le liquide s'écoule, vous devez, Messieurs, exercer sur le ventre une douce pression avec la main, moins pour accélérer cet écoulement que pour l'empêcher de s'arrêter, ce qui exposerait l'air à pénétrer dans la poche; votre main ne doit pas quitter l'abdomen que le kyste ne soit entièrement vidé et c'est surtout à la fin de l'opération, lorsque le ventre est flasque, que les pressions ménagées sont nécessaires; je m'efforce toujours de retirer par une ponction la totalité du liquide dans la crainte que ce qui pourrait en rester dans le kyste ne coule dans le péritoine, après l'enlèvement de la canule. Celle-ci doit aussi être enfoncée de plus en plus dans la cavité, à mesure que le volume du ventre diminue, de peur que le kyste en se retirant ne glisse sur elle et ne vienne à l'abandonner; il vous faudra parfois en relever le pavillon, car l'écoulement pourrait se suspendre si son orifice venait à buter en quelque sorte contre un point de la paroi postérieure du kyste à moitié vide. Enfin, si des flocons obstruaient la lumière de la canule, il serait nécessaire de la déboucher, soit à l'aide de sondes en gomme élastique, soit au moyen de l'aspiration faite avec une seringue. Les aspirateurs dont nous nous servons n'assurent pas toujours l'écoulement du liquide, ils rendent pourtant moins fréquente l'obstruction

de la canule; leur principal avantage est de s'opposer absolument à l'entrée de l'air, mais cet accident n'est pas à redouter, d'une part, si les pressions sur le ventre sont bien faites, de l'autre si l'on a soin d'adapter à la canule un tube de baudruche ou un tube en caoutchouc qui plonge dans le bassin où s'écoule le liquide.

Pour enlever la canule, il faut déprimer légèrement la paroi abdominale et maintenir la peau avec deux doigts, afin de l'empêcher de se soulever lorsqu'on retire l'instrument qu'elle étreint comme un anneau élastique; on évite ainsi aux malades une assez vive douleur; la canule doit être retirée brusquement, on fait ensuite l'occlusion de la petite plaie qui succède à la piqûre à l'aide d'une rondelle de diachylon ou d'un peu de baudruche collodionnée; le collodion ayant l'inconvénient d'irriter la peau fine de certaines femmes, et de produire parfois une véritable vésication, je préfère appliquer une simple plaque de diachylon.

Je vous recommanderai, Messieurs, après toute ponction, et surtout après avoir vidé en totalité un vaste kyste uniloculaire, d'exercer sur le ventre une compression méthodique avec de la ouate et un bandage de corps soigneusement appliqué; les parois abdominales sont en effet devenues d'autant plus flasques qu'elles étaient plus tendues avant l'opération, et il est avantageux de les soutenir, quoique je croie peu que la compression s'oppose à la reproduction du liquide dans la cavité du kyste.

J'aborde maintenant, Messieurs, la question du *traitement curatif* des kystes, et je vous dirai en débutant que ce traitement est chirurgical et purement chirurgical; on ne croit plus aujourd'hui, et en tous cas, je n'ajoute pour mon compte aucune foi, à l'efficacité des médications

auxquelles on a cependant attribué quelques succès. Comme l'a fait remarquer avec raison M. Boinet, ces succès peuvent être attribués à des erreurs de diagnostic, et sans doute les kystes qui ont disparu par l'emploi des diurétiques, des sudorifiques, des purgatifs et des diverses préparations que l'on a vantées, n'étaient que des ascites méconnues. Comme à toute règle, néanmoins, il y a des exceptions ; je n'entends pas nier d'une manière absolue les guérisons spontanées ou obtenues par un traitement médical, mais leur rareté nous engage à n'en tenir aucun compte au point de vue pratique.

La multiplicité des méthodes proposées pour la cure radicale des kystes me force à les grouper de manière à pouvoir les comparer facilement entre elles. Je dirai donc que trois grandes méthodes sont en présence :

Dans la première, on fait dans le kyste une ou plusieurs injections de liquides destinés à produire l'adhésion des parois de la tumeur ou à modifier leur surface interne ; on évite absolument l'entrée de l'air dans le kyste, — c'est la méthode de la *ponction suivie d'injections*.

Dans la seconde, on met au contraire la cavité du kyste en communication avec l'air extérieur ou plutôt on le traite comme un abcès ; c'est la méthode de l'*incision*.

Enfin, la troisième méthode est celle de l'extirpation ou *ovariotomie*.

La méthode de la *ponction suivie d'injections* compte d'ardents partisans, et M. Boinet, auquel on peut dire qu'elle appartient, en a parfaitement défini les indications. Quoique nous ne partagions pas toutes les idées de notre collègue à ce sujet, je dois pourtant vous les exposer, car elles ont eu dans le monde savant un retentissement mérité.

J'attache plus d'importance que M. Boinet à distinguer l'une de l'autre les deux méthodes qui consistent, l'une, dans la ponction suivie d'une injection sans canule à demeure, l'autre, dans la ponction suivie du séjour dans le kyste d'un tube qui permet de pratiquer dans la cavité des lavages avec différents liquides. Tout en reconnaissant la supériorité de la teinture d'iode sur tous les liquides désinfectants et modificateurs des parois des cavités closes, je ne considère pas l'injection iodée dans un kyste qui communique avec l'air extérieur au moyen d'une canule à demeure comme constituant une méthode spéciale. Aussi vous parlerai-je de ce mode de traitement lorsque je vous signalerai les avantages de l'incision.

Lorsqu'on veut faire une ponction réellement curative, il faut la faire suivre d'une injection, et les kystes de l'ovaire doivent être dès lors traités exactement comme l'hydrocèle. De même que pour guérir cette dernière maladie, on a eu recours aux injections de vin chaud, d'alcool, etc., de même on peut injecter dans l'intérieur des kystes du vin, une solution étendue de potasse, de la teinture de cantharides diluée, etc., mais de tous les liquides qu'on peut employer, le meilleur, le plus actif sans contredit est la teinture d'iode suffisamment étendue d'eau.

Quelles sont donc les règles suivant lesquelles on doit pratiquer la ponction d'un kyste de l'ovaire qu'on veut faire suivre d'une injection iodée? Ces règles, Messieurs, ont été admirablemement posées par M. Boinet, et au point de vue du manuel opératoire, je n'ai rien à objecter à notre collègue.

Vous choisirez un assez gros trocart et vous le plongerez dans la tumeur, le plus près possible du point où vous supposerez que le kyste devra se réfugier après l'opération,

c'est-à-dire au-dessus du ligament de Fallope, en dehors de l'artère épigastrique du côté correspondant à l'ovaire dégénéré. Je ne reviens pas ici sur l'utilité de cette précaution, mais comment reconnaître quel est l'ovaire qui a été le point de départ du kyste? C'est là, je l'avoue, un diagnostic toujours difficile et parfois totalement impossible. La direction de l'utérus et la situation du col ne nous fournissent pas de renseignements bien précis, quoi qu'on en ait dit, et l'on ne peut se fonder que sur le siége qu'occupait la tumeur au début, siége qui est quelquefois indiqué avec précision par les malades.

M. Boinet conseille de substituer à la canule métallique, après la ponction, une sonde en gomme longue et flexible; je ne vois pas d'inconvénient à suivre son conseil, car la sonde, comme il le dit fort bien, aura d'autant moins de chance d'abandonner le kyste qu'elle sera plus longue et plus flexible, et, d'autre part, on adaptera plus facilement à son embouchure qu'à celle d'une canule métallique l'extrémité de la seringue destinée à pousser l'injection. Après avoir vidé le kyste en totalité, si le liquide est séreux, on procédera immédiatement au second temps de l'opération, à l'injection; sinon, dans les cas où la cavité contiendrait du pus ou un liquide épais et filant, il serait bon de la laver auparavant avec des injections d'eau tiède. Cela fait, lorsque le kyste est entièrement affaissé et par conséquent vide, on y injecte lentement 100 à 200 grammes de teinture d'iode iodurée coupée d'eau par moitié. La quantité de liquide ne doit pas sensiblement varier suivant la capacité du kyste, le point important est que la solution soit en contact avec toute la surface interne de la tumeur, aussi doit-on doucement malaxer la paroi abdominale et faire incliner la malade tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Pendant toute la durée du séjour du liquide dans le kyste, M. Boinet conseille de laisser l'extrémité de la seringue engagée dans la sonde, afin d'éviter l'entrée de l'air; l'on peut ainsi retirer ensuite l'injection en totalité par aspiration et faire le vide dans la poche dont les parois s'accoleront. Enfin, vous enlèverez la sonde brusquement, en vous conformant aux préceptes que je vous ai indiqués, et en continuant à aspirer les liquides qu'elle contient pour éviter qu'une seule goutte de la solution iodée ne tombe dans le péritoine; après quoi vous recommanderez à la malade, suivant le conseil de M. Boinet, de rester couchée pendant vingt-quatre heures sur le côté opposé à celui où vous avez fait la ponction.

Cette opération ne cause souvent aucune douleur et ne doit pas être comparée à ce point de vue à l'injection iodée faite dans la tunique vaginale en cas d'hydrocèle. Quelquefois cependant les malades accusent un peu de chaleur dans le ventre, et souffrent légèrement au niveau de la piqûre, si en retirant la canule, une goutte de liquide vient à cautériser la plaie. D'après M. Boinet, si les douleurs sont vives, c'est qu'une certaine quantité de la solution est tombée dans le péritoine, au moment où l'on a enlevé la sonde ou après l'opération. Il arrive quelquefois, nous dit-il, qu'on injecte une partie du liquide dans la cavité abdominale lorsqu''il y a de l'ascite, et voici pourquoi. Lorsqu'il ne s'écoule plus rien par la sonde, on pousse l'injection dans le kyste, puis en retirant le tube, on voit survenir un nouvel écoulement et l'on croit à une seconde loge qu'on injecte également, celle-ci n'existe pas, et c'est alors dans le péritoine que pénètre la solution iodée; à plus forte raison, les douleurs sont elles très-vives quand on a pris une ascite pour un kyste, et dans tous les cas, l'injection

iodée faite dans la cavité péritonéale provoque presque toujours une péritonite qui peut être promptement mortelle.

Lorsqu'il n'est survenu aucun accident pendant l'opération, la réaction est faible en général, mais je ne crois pas autant que M. Boinet à l'absence des douleurs consécutives. Ces douleurs se manifestent au bout de quelques heures dans divers points de l'abdomen, et j'ai tout lieu de penser qu'il se développe toujours un peu de péritonite partielle qu'on pourrait appeler périkystique ; je n'attache pas grande importance aux quelques accidents d'iodisme qui surviennent fréquemment, tels que céphalalgie, sécheresse de la gorge, saveur particulière, malaise, agitation, nausées, etc. C'est surtout la péritonite que je redoute, non pas la péritonite généralisée, très-rare lorsque l'opération est bien faite, mais la péritonite partielle, suffisante pour devenir une cause d'adhérences qui peuvent constituer plus tard, si la guérison n'est pas obtenue par les injections iodées, une contre-indication à l'ovariotomie.

Comment agissent, Messieurs, les injections iodées? M. Boinet ne croit pas qu'elles provoquent l'inflammation adhésive des parois du kyste et ne considère la teinture d'iode que comme « un modificateur puissant, agissant d'une manière toute spéciale sur les surfaces, dont elle modifierait très-heureusement les sécrétions morbides ». Suivant lui, les kystes guérissent en diminuant peu à peu de capacité, en revenant sur eux-mêmes et en cessant de sécréter du liquide. Je ne veux pas discuter cette opinion qui me paraît trop absolue, et il me reste à vous indiquer les cas dans lesquels M. Boinet préconise l'injection iodée, injection qu'on devrait renouveler, souvent, plusieurs fois avant d'obtenir la guérison.

Ce mode de traitement conviendrait aux kystes uniloculaires

laires contenant un liquide séreux, sanguin ou purulent ainsi qu'aux kystes multiloculaires, si les cavités étaient vastes et peu nombreuses. Les kystes dont le liquide est filant et visqueux devraient être traités par la sonde à demeure et les injections iodées, ou extirpés par la gastrotomie surtout s'ils sont multiloculaires.

Je ne suis pas opposé quand même, à la méthode des injections iodées, toutefois je lui préfère l'ovariotomie, excepté dans les cas où je puis soupçonner l'existence d'adhérences solides. L'injection iodée ne m'a pas donné d'excellents résultats, et elle a, suivant moi, le grave inconvénient, quoi qu'en dise M. Boinet, de compromettre le succès de l'ovariotomie, si cette opération devient nécessaire, par le fait des adhérences qui succèdent à la péritonite partielle qu'elle provoque. Voyez notre malade du numéro 12, elle a subi une injection iodée, depuis lors elle éprouve des douleurs et des tiraillements dans le bas-ventre et de légères poussées de péritonite. Sans aucun doute, il existe dans la cavité abdominale des adhérences qui contre-indiquent l'extirpation du kyste.

Quant aux kystes purulents, quoique je ne nie aucun des succès obtenus par M. Boinet, je préfère les traiter par la sonde à demeure ou par l'incision, méthode qui me paraît plus rationnelle que la ponction suivie d'une simple injection, et qu'on peut comparer à l'opération de l'empyème opposée à la thoracentèse.

La méthode de l'*incision*, Messieurs, est la plus ancienne de toutes celles qui sont appliquées aujourd'hui au traitement des kystes de l'ovaire. Son principe, je vous l'ai dit, est la mise en communication de la cavité du kyste avec l'air extérieur, et l'on ne doit pas attacher une importance

exagérée à tous les procédés usités pour obtenir ce résultat sans provoquer une péritonite. Récamier préconisa l'incision vaginale, mais il faut réserver celle-ci pour des cas exceptionnels, et l'incision doit être faite comme la ponction par la paroi abdominale antérieure, au-dessus du ligament de Fallope, du côté où l'on soupçonne que le kyste a pris naissance. Cette règle est ici capitale, car il faut que le kyste adhère à la paroi abdominale, et, lorsqu'il reviendra sur lui-même en s'oblitérant, il est essentiel que ses adhérences antérieures ne soient pas trop éloignées de son pédicule, sinon, il resterait dans l'abdomen un cordon fibreux très-long qui pourrait être une cause de douleurs, de tiraillements et même d'étranglement pour les anses intestinales susceptibles de venir s'enrouler autour de lui. Enfin, sachez que la guérison sera d'autant plus lente, et une fistule d'autant plus à craindre, que l'orifice du kyste sera plus éloigné du point vers lequel les parois seront forcées de se rétracter.

Pour qu'une partie du liquide kystique ou des solutions injectées dans la poche ne tombe pas dans le péritoine, il est indispensable que la face antérieure du kyste adhère solidement et sur une assez vaste étendue à la paroi abdominale antérieure. Si l'on était certain qu'il existe des adhérences suffisantes entre la tumeur et le feuillet pariétal du péritoine, on pourrait inciser de prime abord et sans opération préalable la paroi abdominale et le kyste, mais il est pour ainsi dire impossible de prévoir le siége, l'étendue et le degré de solidité des adhérences, et l'on ne doit pas imiter Bégin qui voulait qu'on incisât les parois abdominales y compris le péritoine, afin que la tumeur vienne se montrer dans l'écartement des lèvres de l'incision. Ce chirurgien comptait sur la formation d'adhérences à la suite

de l'opération, mais je redouterais trop une péritonite pour oser employer son procédé. Il faut provoquer l'adhésion du kyste au péritoine pariétal avant de pénétrer dans la poche avec le bistouri; c'est là le plus sûr moyen d'éviter la péritonite mortelle qui pourrait succéder à la chute du liquide dans la cavité abdominale.

Quelques auteurs n'ont pas considéré comme indispensable au succès d'établir des adhérences préalables.

On a proposé d'inciser les parois abdominales et le péritoine jusqu'au kyste, puis d'ouvrir alors celui-ci et de le fixer aux lèvres de l'incision par des points de suture; cette méthode me paraît dangereuse.

M. Rambaud a inventé une canule particulière qu'on plonge, munie de son trocart, à travers les parois abdominales jusque dans la cavité du kyste, et qui, par un mécanisme que je ne vous décrirai pas, applique et maintient la paroi antérieure de la tumeur contre le feuillet pariétal du péritoine. Cette canule reste à demeure jusqu'à ce qu'il se soit établi des adhérences.

M. Boinet ponctionne simplement le kyste avec un gros trocart et substitue à la canule métallique une sonde en gomme qu'il laisse à demeure, et à l'aide de laquelle il fait dans la cavité des injections iodées. La présence du corps étranger suffit pour déterminer la formation d'adhérences entre la paroi abdominale et la paroi du kyste. De tous ces procédés, celui de M. Boinet est sans contredit le meilleur, mais si j'y avais recours, je craindrais toujours que quelques gouttes des liquides injectés ne vinssent à filtrer entre la paroi kystique et la sonde avant l'établissement des adhérences, je préfère donc provoquer celles-ci avant d'ouvrir le kyste.

L'acupuncture, proposée dans ce but par Trousseau, est

une méthode aujourd'hui abandonnée, et l'application des caustiques, suivant le procédé employé par Récamier pour ouvrir les kystes hydatiques du foie, donne des résultats bien plus satisfaisants.

Voici, Messieurs, comment j'ai l'habitude d'agir lorsque je veux traiter un kyste par les injections répétées et maintenir béante l'ouverture faite à sa paroi antérieure. Dans une des fosses iliaques, du côté où j'ai lieu de croire que le kyste s'est développé, ou sur la ligne médiane dans le cas d'incertitude sur son point de départ, j'applique de la pâte de Vienne sur les téguments, là ou je suis bien sûr que le kyste est en contact avec la paroi abdominale. J'ai soin de produire une eschare large au moins comme une pièce de cent sous et n'intéressant que la peau. Je fais appliquer sur elle un cataplasme pendant quelques jours, mais je n'attends pas son élimination. Puis, avec un bistouri je l'enlève, ou du moins je l'abrase assez profondément pour diminuer beaucoup son épaisseur sans faire saigner les parties molles. Je fais alors une seconde application de caustique, puis une troisième, une quatrième, etc., jusqu'à ce que je ne me sente plus séparé du liquide que par une mince couche de tissus. Après chacune d'elle, je me comporte comme après la première, c'est-à-dire que j'évide la dernière eschare, et j'obtiens ainsi une excavation infundibuliforme à bords assez épais.

Vous comprenez pourquoi la première eschare doit être large; si son diamètre était insuffisant, le sommet du cône qui aboutit à la paroi du kyste serait beaucoup trop aigu. On doit procéder avec d'autant plus de lenteur que l'on s'approche davantage du péritoine, c'est-à-dire laisser la pâte de Vienne en place de moins en moins longtemps, de façon à ne pas produire des eschares trop profondes et à

favoriser la formation d'adhérences solides entre la tumeur et le péritoine pariétal. Lorsque l'opération touche à sa fin, il est bon de substituer à la pâte de Vienne le caustique Filhos qui n'a pas de tendance à s'infiltrer dans les tissus et à produire une mortification des tissus sur une étendue trop considérable.

Enfin, au bout de trois semaines environ, on peut compter sur des adhérences suffisantes et pénétrer dans le kyste, soit avec le crayon de caustique Filhos, soit avec un trocart, soit en pratiquant au fond de la plaie une incision avec le bistouri ; le liquide s'écoule alors, et la fistule est établie. J'ai l'habitude de maintenir une grosse sonde en gomme dans le kyste, afin d'éviter le rétrécissement de l'orifice.

Par la sonde j'aspire le liquide et j'injecte chaque jour dans le kyste une solution iodée assez faible, ou je fais de fréquents lavages avec de l'eau alcoolisée ou phéniquée. La teinture d'iode est un excellent modificateur de la membrane interne des kystes, mais je ne crois pas qu'elle soit de beaucoup supérieure à l'alcool ou à l'acide phénique. Je laisse en général dans le kyste une quantité de liquide suffisante pour le remplir entièrement ; cette précaution a l'avantage de prévenir l'entrée de l'air dans sa cavité et le croupissement du pus. Je bouche la sonde avec un foret que l'on enlève au moment des injections qui doivent être faites au moins deux fois par jour, et grâce auquel la malade n'est pas continuellement souillée par le liquide et peut se coucher sur le côté.

Ce traitement des kystes par la sonde à demeure exige beaucoup de temps et des soins assidus ; il n'est efficace que si l'on multiplie les lavages. Les dernières applications de caustique sont peu douloureuses et la péri-

tonite partielle qu'elles provoquent ne s'accompagne que d'une très-légère réaction, mais il survient souvent des accidents graves dans les premiers jours qui suivent l'ouverture du kyste. Plus tard, il se forme parfois dans l'épaisseur de la paroi abdominale, autour de la plaie, de petits abcès qu'il faut savoir ouvrir de bonne heure.

Si la malade est vigoureuse, elle supporte bien la suppuration très-longue à laquelle succède l'oblitération du kyste ; la cavité de celui-ci s'efface peu à peu et ses parois reviennent sur elles-mêmes. On juge de la rapidité avec laquelle ce travail s'accomplit, par la profondeur à laquelle on peut enfoncer la sonde, dont l'extrémité ne doit jamais rester en contact avec la paroi, et par la quantité de liquide qu'il est possible d'injecter. Si les malades au contraire sont faibles, elles peuvent mourir d'épuisement pendant le cours du traitement ou succomber à la septicémie ; aussi ne doit-on jamais négliger de les bien nourrir et de soutenir leurs forces par des toniques. Lorsque la guérison a lieu, c'est-à-dire lorsque le kyste a en réalité disparu, il reste dans la cavité abdominale un cordon fibreux qui, s'il est un peu long, expose les malades à quelques dangers que je vous ai signalés ; mais ce qui est surtout fréquent, c'est de voir, lorsqu'on a enlevé la sonde, subsister longtemps une fistule par laquelle s'échappe une très-petite quantité de pus.

Mon collègue, M. Bourdon, médecin de l'hôpital de la Charité, m'a communiqué l'observation d'une femme qui, il y a dix ou douze ans, a été guérie d'un kyste de l'ovaire droit, par la méthode de l'incision après application de caustiques, et qui encore aujourd'hui conserve une fistulette au-dessus de l'arcade crurale, là ou le kyste a été ouvert. Ce qui est assez intéressant, c'est que cette femme, dont la santé est excellente et qui n'éprouve dans le ventre aucune

douleur, a eu sept enfants depuis qu'elle a subi l'opération à laquelle elle doit sa guérison, et que pendant les derniers mois de chaque grossesse, sa fistule se ferme et ne donne plus lieu à aucun suintement de pus. En même temps surviennent quelques douleurs, dues sans doute au tiraillement exercé sur la paroi abdominale par les adhérences qui la relient à l'utérus.

Il est très-rare que, si les applications de caustique ont été bien faites, les adhérences ne soient pas suffisamment solides, toutefois il est arrivé à Récamier lui-même de voir celles-ci manquer complétement et d'ouvrir le péritoine. Dans un cas semblable, M. Bourdon, alors élève de Récamier, a vu celui-ci inciser néanmoins le kyste dont les parois étaient très-minces et l'extraire par l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale à l'aide de la potasse. Malheureusement cette extraction fut incomplète, et Récamier fixa aux lèvres de la plaie, par des points de suture, la partie du kyste attenante à ce qu'il croyait être le pédicule. La malade succomba à une péritonite, et à l'autopsie on constata que ce qui avait empêché l'extraction de la poche en totalité était un petit kyste qu'il aurait suffi de ponctionner pour enlever la tumeur ; le pédicule était très-grêle, et, après l'opération, la malade se serait trouvée à peu près dans les conditions des femmes chez lesquelles on a pratiqué l'ovariotomie.

Si un pareil accident vous arrivait, Messieurs, si après avoir tenté de provoquer des adhérences, vous trouviez le kyste mobile sur le péritoine pariétal, je crois que le mieux serait d'inciser le kyste et de suturer les lèvres de l'orifice à celles de la plaie abdominale, ou d'imiter Bégin, et d'attendre avant d'ouvrir la poche qu'une inflammation adhésive ait eu le temps de se développer à sa surface.

Je vous ai dit que M. Boinet traitait par la sonde à demeure les kystes uniloculaires à contenu filant et huileux; pour moi, je préférerais en présence de cette variété pratiquer l'ovariotomie, car bien des malades ne résistent pas à la suppuration qu'on provoque dans un kyste et meurent de septicémie, s'il ne survient pas une péritonite qui les emporte plus tôt; il m'a semblé que les accidents étaient surtout à craindre au moment où la suppuration s'établissait, sans doute à cause de la réaction très-vive qui accompagne l'inflammation d'une poche souvent très-vaste. Le danger est peut-être moindre dans les cas de kystes, déjà suppurés, quand on commence à appliquer les caustiques. Ma conclusion sera donc d'extirper les kystes uniloculaires à contenu filant, et d'ouvrir par la méthode de Récamier les kystes suppurés, si l'on a des raisons de croire à l'existence d'adhérences très-fortes, si fréquentes dans ce cas. J'ai considéré autrefois la suppuration d'un kyste comme une contre-indication formelle à l'ovariotomie, mais je trouve aujourd'hui cette opinion trop absolue. L'extirpation de kystes suppurés a été faite et suivie de la guérison.

L'*ovariotomie*, Messieurs, est une opération qui date déjà de loin, quoiqu'elle ne soit acceptée par l'unanimité des chirurgiens ou à peu près, que depuis un petit nombre d'années. On peut dire qu'aujourd'hui, si quelques-uns en étendent plus que d'autres les indications, tous admettent que l'opération qui consiste à ouvrir la cavité abdominale pour extraire un kyste de l'ovaire est praticable sans qu'il soit téméraire de compter sur un succès.

L'idée d'extirper les ovaires malades chez la femme a dû naître des opérations faites de tous temps chez les femelles

des animaux, et nous savons que des médecins du XVIIe et du XVIIIe siècle l'ont conçue sans oser la mettre en pratique. Le premier, Delaporte, au milieu du siècle dernier, proposa nettement à l'Académie de chirurgie l'ovariotomie. Malgré le talent et l'autorité de Morand, qui appuya les projets du novateur, l'opération fut condamnée. Boyer plus tard la repoussa également; presque seul avec Morand, J. Hunter la regarda comme praticable.

En 1776, Laumonnier, de Rouen, avait extirpé un ovaire malade, mais par hasard en quelque sorte et pendant l'ouverture d'un abcès pelvien; la femme avait guéri : cette ovariotomie accidentelle n'eut aucune influence sur les progrès que firent faire à la chirurgie, quelques années plus tard, les Américains et les Anglais.

Quoiqu'en France, Chambon ait posé, avec une précision qui fait le plus grand honneur à sa perspicacité, les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, quoique deux médecins de l'École de Montpellier, Latapie et Samuel Hartmann d'Escher, se soient étendus dans leurs thèses sur des considérations opératoires fort justes, ce fut un Américain, Éphraïm Mac Dowel, qui le premier extirpa avec succès un kyste de l'ovaire, en 1809. Le même chirurgien fut également heureux dans plusieurs opérations semblables qu'il pratiqua quelques années après, et quelques-uns de ses compatriotes, entre autres Nathan Smith, obtinrent de nouveaux succès. De 1809 à 1830, Éphraïm Mac Dowel fit 13 ovariotomies dont 8 furent suivies de guérison.

Ce ne fut qu'en 1823 que les Anglais osèrent entrer dans la voie qui leur avait été ouverte par les Américains. En 1825, Lizars (d'Édimbourg) publia quatre observations d'ovariotomies pratiquées par lui. En 1835, Jeafferson extirpa avec un plein succès un kyste biloculaire. Depuis

lors, malgré l'opposition faite par Robert Lee à la nouvelle opération, presque tous les chirurgiens de la Grande-Bretagne la pratiquèrent et leurs premières statistiques, dont les résultats étaient cependant moins brillants que ceux qui nous sont fournis par celles d'aujourd'hui, démontrèrent que la chirurgie était désormais en possession d'une méthode de traitement rationnelle des kystes considérés jusqu'alors comme incurables.

Les Allemands ne se montrèrent pas favorables à l'ovariotomie. G. Simon en 1857 publia une statistique où l'on ne trouvait que 12 cas de guérison sur 61 opérations, et Dieffenbach, après de nombreux échecs, repoussa l'extirpation des ovaires.

En France, l'ovariotomie rencontra également une assez vive opposition, malgré l'article de Velpeau, qui en admettait l'opportunité dans des cas bien déterminés, dès l'année 1840, et malgré le mémoire de Chereau, qui en 1844 publiait une statistique propre à encourager nos chirurgiens à se montrer plus hardis. Les deux premiers succès obtenus dans notre pays sont dus à M. Woyerkowsky, dont l'opération date de 1844, et à M. Vaullegeard, de Condé-sur-Noireau, qui guérit en 1847 une jeune fille de vingt-cinq ans, ponctionnée 52 fois en trois ans pour une ascite qui compliquait son kyste.

Malgré les nombreuses guérisons obtenues, surtout par les Américains et les Anglais, l'ovariotomie fut à peu près condamnée par l'Académie de médecine de Paris, lors de l'importante discussion qui eut lieu dans son sein en 1856, quoique Cazeaux ait pris énergiquement sa défense. Ce n'est guère que depuis l'article de M. J. Worms paru en 1860, et depuis la leçon que fit, en 1861, dans cet hôpital M. Nélaton au retour d'un voyage à Londres, où il avait

été voir opérer les partisans déclarés de l'ovariotomie, que les chirurgiens français profitèrent de l'expérience de leurs collègues étrangers et osèrent imiter leur hardiesse si bien justifiée par tant de succès.

L'ovariotomie, a donc aujourd'hui fait ses preuves, et il suffit de jeter les yeux sur les statistiques nombreuses que la pratique de chaque chirurgien nous permet d'établir pour être, je crois, converti à l'excellence de cette opération, si l'on était tenté de partager l'effroi qu'ont ressenti les anciens chirurgiens à l'idée d'inciser largement le péritoine, de plonger la main dans la cavité abdominale pour rompre des adhérences, de sectionner l'épiploon, etc. Il serait presque impossible de réunir les noms de tous ceux qui ont fait l'ovariotomie, mais je veux vous citer quelques chiffres qui vous montreront le nombre considérable des opérations pratiquées par certains chirurgiens, et qui vous fourniront des notions précises sur la proportion des succès obtenus.

De 1842 à 1866, M. Ch. Clay (de Manchester) a fait 117 ovariotomies, parmi lesquelles 80 ont été suivies de guérison. M. Baker-Brown, de 1851 à 1866, a pratiqué 92 fois la même opération et compte 59 guérisons. A Édimbourg, M. Thomas Keith, sur 129 ovariotomies faites en neuf ans, de 1862 à 1871, a obtenu 104 succès. Enfin, sur 444 opérations pratiquées de 1858 à 1871, par M. Spencer Wells, on n'a relevé que 117 cas de mort.

En France, à Strasbourg, M. Kœberlé a obtenu de 1862 à 1869 une moyenne de 7 guérisons sur 10 ovariotomies, et à Paris, M. Péan de 1864 à 1871 a obtenu 34 succès sur 43 opérations de gastrotomie.

Les statistiques, Messieurs, se modifient nécessairement tous les jours, et les conclusions qu'on en peut tirer

changent suivant qu'on classe avec plus ou moins de soin les cas divers pour lesquels l'ovariotomie a été pratiquée. La proportion des succès augmente d'une façon notable depuis quelques années, et il n'est pas douteux que l'opération ne fournisse de plus beaux résultats encore que ceux qui ont été obtenus jusqu'ici, lorsque les indications et les contre-indications de l'extirpation de l'ovaire seront appuyées sur une plus vaste expérience. De plus, les procédés opératoires seront sans contredit perfectionnés, les différents temps qui les constituent seront de mieux en mieux réglés par suite de la connaissance des accidents qui peuvent survenir après chacun d'eux, et l'on ne doit pas désespérer de voir un jour l'ovariotomie bien faite et pratiquée à propos, suivie presque constamment de guérison; aujourd'hui déjà elle est moins meurtrière que certaines opérations qu'aucun chirurgien n'hésite à entreprendre, telles que la taille, l'amputation de la cuisse, etc.

Quand vous vous trouverez en présence d'un kyste de l'ovaire, Messieurs, et lorsque vous aurez posé un diagnostic précis, quelles sont les raisons qui pourront vous déterminer à pratiquer l'ovariotomie plutôt que la ponction suivie d'injections iodées ou toute autre opération? En un mot, quelles sont les indications de l'ovariotomie?

Il en est de l'extirpation des kystes, de l'ovariotomie, comme de la plupart des opérations, ses indications varient suivant les chirurgiens, chacun appuyant sa détermination sur des idées théoriques que tous ne partagent pas et sur des faits qui peuvent être diversement interprétés. Je n'aborde pas ici la question de la gastrotomie appliquée à l'extirpation des tumeurs solides de l'ovaire. Les kystes composés, c'est-à-dire contenant des productions fibreuses, sarcomateuses, carcinomateuses ou autres, doivent être

envisagés au point de vue opératoire comme des tumeurs purement solides; la fréquence des adhérences qui les relient à l'utérus rend souvent nécessaire la résection du fond du viscère, et leur extirpation, comme celle des tumeurs utérines uniquement abordables par la cavité abdominale, n'est indiquée que dans certaines circonstances que je ne cherche pas à déterminer pour le moment.

Avant de songer à enlever par la gastrotomie un kyste simple uniloculaire ou multiloculaire, vous devez chercher avec le plus grand soin à reconnaître s'il n'est pas uni par des *adhérences* à la paroi abdominale ou aux organes avec lesquels il est en rapport. Le diagnostic des adhérences est d'une importance majeure, mais aussi d'une extrême difficulté dans un grand nombre de cas. Les erreurs commises par les hommes les plus compétents en fait d'ovariotomie vous prouvent que bien souvent nous manquons absolument de signes propres à nous indiquer si un kyste peut oui ou non être extirpé en totalité, et il *ne faut* pas hésiter à avouer combien nous sommes pauvres en éléments de diagnostic lorsque nous cherchons à déterminer l'étendue, la solidité et la nature des adhérences. Celles-ci peuvent être faibles et ne consister qu'en quelques tractus celluleux unissant le kyste aux parties voisines; elles n'apportent pas alors d'obstacle sérieux à l'extirpation de la tumeur, on les déchire aisément avec la main et elles ne compromettent pas le succès de l'opération. Dans d'autres cas, les adhérences sont vasculaires ou formées de véritables brides fibreuses, et il est de toute nécessité de les sectionner ou de les rompre par des tractions énergiques. Que résulte-t-il de cette complication? Si, pendant l'opération, les vaisseaux contenus dans les adhérences saignent abondamment, il faut les lier ou les cautériser; or, il n'est pas

sans inconvénient de laisser dans la cavité abdominale des ligatures perdues ou des eschares, qui, en se détachant trop tôt, laisseront se produire une hémorrhagie secondaire dans la séreuse, et, en second lieu, bien que le contact du sang ne soit pas une cause de vive irritation pour le péritoine, les manœuvres qui ont pour but d'extraire les caillots amassés dans le petit bassin peuvent provoquer une péritonite. Enfin, lorsque le kyste adhère intimement au foie, à l'utérus, aux anses intestinales, à l'épiploon ou au péritoine pariétal, etc., on ne peut l'extirper qu'en risquant de déchirer les organes qui, dans certains cas, font corps avec lui, et, en admettant qu'un semblable accident ne survienne pas, les viscères ou la paroi abdominale peuvent se trouver dépouillés sur une surface plus ou moins étendue du feuillet séreux qui doit les recouvrir, ce qui constitue un danger des plus sérieux.

C'est en présence de ces adhérences vastes et intimes des kystes avec les viscères ou la paroi abdominale que les opérateurs s'arrêtent et renoncent à l'extirpation des tumeurs, ou ne les enlèvent que partiellement. Dans l'un et l'autre cas, les chances de mort sont nombreuses, aussi comprenez-vous la nécessité de ne pas entreprendre une ovariotomie sans avoir cherché avec le soin le plus minutieux à diagnostiquer le siége et la nature des adhérences.

Malheureusement, je le répète, les éléments de ce diagnostic nous font souvent défaut ou n'ont qu'une valeur très-problématique. Les signes physiques des adhérences viscérales sont à peu près nuls, et quant à ceux des adhérences pariétales, ils sont en réalité très-incertains.

T. S. Lee a soutenu qu'un kyste volumineux qui n'adhère pas à la paroi abdominale antérieure fait saillie entre les muscles droits quand la malade est assise ; je ne crois pas à

l'importance de ce signe, pas plus qu'à la possibilité de reconnaître l'absence d'adhérences antérieures en détachant à pleines mains les parois abdominales de la surface du kyste. Lorsqu'un kyste volumineux vient s'appliquer fortement sur le feuillet pariétal du péritoine, il me semble impossible de faire glisser ce feuillet sur lui, ou de le détacher de la tumeur, même quand la surface de celle-ci est parfaitement lisse, et je crois que ce sont simplement les parties molles de la paroi abdominale que l'on soulève ou que l'on déplace en leur imprimant un mouvement de locomotion. J'admets cependant que la mobilité d'une tumeur peu volumineuse doit nous faire rejeter l'idée qu'il existe à sa surface des adhérences pariétales, et ce signe peut être recherché non-seulement par la palpation, mais encore par le toucher.

Le diagnostic des adhérences repose surtout sur la connaissance de la nature du kyste et de sa marche. Il est démontré que les kystes uniloculaires sont beaucoup moins souvent adhérents que ceux qui ont plusieurs loges, et, si leur marche a été rapide, s'il n'est survenu aucune complication inflammatoire, et s'ils ont acquis en peu de temps un volume tel qu'il ne faille pas hésiter à prendre une prompte détermination, on a tout lieu d'espérer qu'on ne trouvera pas dans la cavité abdominale la moindre bride, la moindre adhérence. Lorsque le kyste est multiloculaire, on peut compter aussi sur l'absence d'adhérences, s'il n'est pas trop ancien et s'il n'est pas survenu pendant son développement quelque symptôme de péritonite; la péritonite partielle étant en effet la seule cause des adhérences, l'étude attentive des commémoratifs pourra par conséquent vous éclairer. Beaucoup de malades qui ne souffrent pas, alors que vous les examinez avec l'idée de les soumettre à une

opération, ont eu, à un moment donné, quelques élancements dans l'abdomen, de petits mouvements fébriles accompagnés de nausées ou de vomissements, un peu de gonflement du ventre, etc. Songez alors, Messieurs, à ces péritonites partielles sur lesquelles j'insiste tant, et à la possibilité d'adhérences anciennes dont l'étendue et la solidité doivent être en rapport avec l'intensité des accidents inflammatoires qui sont survenus. Est-ce à dire que tout kyste dont le développement n'aura jamais donné lieu à aucun symptôme de péritonite, sera dépourvu d'adhérences? Malheureusement non, car la péritonite peut avoir été latente, mais généralement l'inflammation de la séreuse, même très-limitée, se trahit par quelque symptôme qu'on doit savoir interpréter.

Si une ancienne péritonite doit vous engager à vous tenir sur vos gardes et à redoubler d'attention dans votre examen de la malade, à plus forte raison, Messieurs, devez-vous soupçonner des adhérences chez une femme qui souffre pendant la marche, et qui, comme celle qui est couchée au n° 12 de notre salle, vomit de temps en temps, voit son ventre se ballonner et devenir sensible à la pression, etc. Une péritonite même limitée, subaiguë, cessant de s'affirmer par le moindre symptôme pendant quelques mois, pour donner lieu ensuite à quelques légers troubles et s'amender de nouveau, est une contre-indication formelle à l'ovariotomie, et chez la malade à laquelle je fais ici allusion, tenter l'extirpation du kyste serait commettre une réelle imprudence.

C'est la crainte de provoquer la plus légère péritonite et par conséquent des adhérences, qui me fait repousser l'opinion de ceux qui pensent qu'on peut tenter de guérir un kyste uniloculaire par la ponction suivie d'injection iodée avant de se décider à faire l'ovariotomie. Je ne par-

tage pas plus sur ce sujet que sur l'innocuité des ponctions palliatives, les idées de M. Boinet, et je suis convaincu qu'après avoir résisté à plusieurs ou même à une seule ponction suivie d'injection de teinture d'iode, les kystes ont contracté quelques adhérences qui diminuent les chances de guérison offertes par l'ovariotomie. Il est vrai qu'il n'en est pas toujours ainsi, mais l'exemple de la malade dont je vous ai rapporté l'histoire, suffit pour vous prouver que mes craintes ne sont pas dénuées de tout fondement. Voici, en effet, une femme qui, depuis la ponction et l'injection iodée qu'elle a subies, il y a environ quatre ans, a de temps à autre de véritables péritonites, et qui dans l'intervalle des périodes où elle vomit, souffre toujours dans le bas-ventre; on ne peut nier qu'elle se trouve dans toutes les conditions voulues pour que son kyste soit fixé dans la cavité abdominale par des adhérences, et elle est aujourd'hui inopérable. Peut-être l'ovariotomie l'aurait-elle guérie avant la ponction; sans doute elle était alors praticable, elle ne l'est plus aujourd'hui, et ce fait vient à l'appui de mes opinions.

Quant aux ponctions simples, elles ne sont pas aussi souvent que celles qu'on fait suivre d'injections, une cause de péritonite partielle; toutefois les observations de M. Clay consignées dans le travail de M. Herera Vegas semblent prouver qu'elles ne sont pas sans influence sur la production des adhérences. Je repousse donc les ponctions palliatives chez les malades qui veulent ainsi gagner du temps avant de subir l'ovariotomie; ces ponctions n'ont aucun avantage, elles épuisent les malades sans leur apporter un soulagement durable, et puisque celles-ci sont décidées à affronter les dangers que leur fera courir une opération radicale, mieux vaut ne pas risquer de provoquer des adhé-

rences qui compromettraient son succès. Malheureusement, les préjugés et les préventions des malades et aussi de beaucoup de médecins, nous obligent encore, dans nombre de cas, à pratiquer ces ponctions palliatives.

L'ascite est-elle une contre-indication à l'ovariotomie? Non, à moins qu'elle ne soit liée à une dégénérescence amyloïde du foie ou à une affection médicale grave. L'épanchement séreux abdominal n'est pas en général très-abondant, lorsqu'il est sous la dépendance d'un kyste de l'ovaire, et la présence dans le péritoine d'une petite quantité de liquide séreux ne paraît même pas constituer une circonstance défavorable.

Quant à la grossesse, je ne puis admettre qu'elle ne contre-indique pas formellement l'ovariotomie; mais, si le kyste était assez volumineux pour gêner le développement de l'utérus, il serait nécessaire de le ponctionner souvent, jusqu'au jour de l'accouchement. Je sais que S. Wells a opéré une femme au quatrième mois d'une grossesse, à la suite de la rupture dans la cavité abdominale d'une des loges d'un kyste ovarique, et la malade a guéri, malgré la péritonite, il est vrai légère, dont cet accident avait été la cause; je crois qu'il existe dans la science d'autres observations d'ovariotomie faite chez une femme enceinte avec succès; toutefois, quoique dans le cas de Spencer Wells l'opération fut peut-être légitimée, il est certain qu'en principe la grossesse contre-indique absolument l'ovariotomie.

L'état général des malades doit nous déterminer dans certains cas à nous abstenir de toute tentative de cure radicale. Si les femmes sont par trop épuisées, et dans un état de cachexie profonde, si d'autre part on peut diagnostiquer chez elles des tubercules pulmonaires, on ne doit

pas pratiquer l'ovariotomie, et les ponctions palliatives constituent notre seule ressource, encore ne faut-il pas abuser de ces ponctions qui contribuent à affaiblir de plus en plus les malades. Ne vous laissez pas cependant trop influencer par l'aspect misérable des femmes qui portent un kyste ancien et volumineux; le facies ovarien n'indique pas toujours que les malades sont hors d'état de supporter l'opération, et s'il vous reste une chance de succès, n'hésitez pas à intervenir.

Il n'existe pas pour ainsi dire de contre-indication tirée de l'âge des malades. L'ovariotomie a été pratiquée chez des jeunes filles de quinze ans et chez des femmes de plus de soixante-dix ans, et cela sans accidents; vous devez prendre surtout en considération la rapidité du développement des kystes et le retentissement qu'ils ont sur l'organisme. Chez les femmes âgées, n'extirpez pas les tumeurs dont la marche est lente et qui ne troublent que peu la santé générale. Chez les malades jeunes, opérez, si les kystes grossissent rapidement, et dès que vous vous serez décidés, pratiquez l'ovariotomie plutôt que la ponction suivie d'injection. Quelques chirurgiens pensent qu'il faut attendre pour les opérer que les malades soient déjà affaiblies, je ne partage point leur avis et je crois que les femmes seront d'autant moins exposées à succomber qu'elles seront plus fortes et mieux portantes.

Devez-vous, Messieurs, suivre le conseil de M. Boinet et tenter de guérir par les injections iodées, sans sonde à demeure, les kystes uniloculaires à contenu séreux? Je ne saurais blâmer la pratique de notre collègue, et de nombreux succès font foi des avantages que présente sa méthode; mais pour moi, j'ai renoncé presque absolument aux injections iodées, même dans les cas en apparence les plus favo-

rables. Si les injections iodées étaient toujours efficaces, quel est le chirurgien qui leur préférerait l'ovariotomie? Mais la crainte d'échouer par ce procédé et de compromettre ainsi le succès de l'extirpation du kyste, doit décider à enlever les kystes uniloculaires même à contenu séreux, et, à plus forte raison, ceux dont le liquide est huileux et filant.

Examinons maintenant les méthodes de traitement auxquelles il convient d'avoir recours en présence des kystes que portent les malades de notre service.

La femme qui est couchée au n° 5 et dont je vous ai parlé si brièvement, est atteinte d'une affection complexe, et nous ne pouvons prendre un parti avant de l'avoir examinée d'une façon plus complète. Sa tumeur est à coup sûr plutôt solide que liquide, il ne faut donc songer qu'à son extirpation si l'on ne veut pas se contenter de calmer les douleurs et de faire de l'expectation. Je n'ai pas l'intention d'étudier ici la gastrotomie appliquée à l'ablation des tumeurs solides abdominales.

La malade du n° 4, qui, à la suite d'une ponction, a été atteinte de péritonite, est hors d'état de résister à l'ovariotomie ; chez elle, le kyste doit être déjà suppuré ou va suppurer, et il est malheureusement probable que cette complication entraînera la mort dans un délai plus ou moins prochain. Mon intention est de combattre d'abord la péritonite qui peut l'emporter, puis de faire sur la paroi abdominale une application de caustique destinée à augmenter l'étendue et la solidité des adhérences sans doute déjà en voie de formation ; j'inciserai alors le kyste et je pratiquerai dans sa cavité des injections iodées. Je doute fort que nous obtenions un succès, néanmoins il ne nous est pas permis de rester inactifs.

Quant à la femme qui est couchée au n° 8 et dont le kyste

a été ponctionné il y a dix-neuf mois, elle se trouve dans les meilleures conditions pour supporter l'opération la plus grave. La tumeur est uniloculaire, et je la crois dépourvue d'adhérences; l'état général est excellent; je pratiquerai donc chez cette malade l'ovariotomie.

J'avoue, Messieurs, que la jeune femme du n° 12 me cause de vives inquiétudes; les accidents de péritonite qu'elle a présentés se sont amendés et depuis quelques jours elle souffre à peine et ne vomit plus, mais il existe sans aucun doute des adhérences étendues entre le kyste et les viscères ou la paroi abdominale, et si la péritonite ne constitue pas pour elle un danger immédiat, elle doit subsister à l'état latent. L'ovariotomie réveillerait à coup sûr l'inflammation de la séreuse, il serait donc imprudent de tenter l'extirpation du kyste, en admettant que cette opération fût possible et ne dût pas rester inachevée. Il faut en effet tenir grand compte, chez cette malade, de l'enclavement du kyste dans le petit bassin; cette disposition, assez rare d'ailleurs, est éminemment favorable à l'établissement d'adhérences, et si celles-ci existaient ici entre le kyste et l'utérus, le rectum et le vagin, l'extirpation du prolongement vaginal serait impraticable.

Les kystes en bissac plongeant dans le petit bassin ne sont pas cependant toujours fixés dans l'excavation par des adhérences. Je me rappelle une malade de M. Nonat qui portait un kyste appartenant à cette variété et que M. Nélaton me conseilla de ne pas opérer. Cette femme entra dans le service de Velpeau que je remplaçais alors; je lui fis une ponction qui malheureusement fut suivie d'une péritonite mortelle. A l'autopsie, je constatai l'existence d'un kyste en bissac dont le lobe inférieur était logé dans le petit bassin et dont la portion rétrécie, le goulot en quel-

que sorte, répondait au détroit supérieur. Ce kyste n'était aucunement fixé par des adhérences, il était enclavé, pour ainsi dire, à frottement; il fut facile de dégager la partie inférieure du kyste en pratiquant des tractions sur la portion intra-abdominale. Cet examen *post mortem* me fit peu regretter toutefois de n'avoir pas tenté l'ovariotomie, car je suis convaincu que cette malade, qui avait succombé à la suite d'une simple ponction, serait morte de péritonite.

Il est réellement impossible de diagnostiquer d'une manière certaine l'existence des adhérences; je viens de vous citer en effet, Messieurs, un cas où ces adhérences manquaient, alors qu'il était permis de les soupçonner, et, par contre, j'ai gardé le souvenir d'une dame venue d'une grande ville de province pour consulter les chirurgiens de Paris et qui fut victime de l'erreur de diagnostic inverse. Avec quelques-uns de mes collègues, je crus que chez elle le kyste était fixé dans le petit bassin par des adhérences très-étendues et je refusai de faire l'ovariotomie. La malade se rendit à Strasbourg, et M. Kœberlé, ne partageant pas sans doute notre avis, l'opéra, mais l'événement ne nous donna que trop raison, le kyste était très-largement adhérent et la mort survint vingt-quatre heures après la gastrotomie.

Pour qu'un chirurgien aussi expérimenté et aussi habile que M. Kœberlé ait cru l'opération praticable, il faut que certaines erreurs soient inévitables, et bien souvent il serait difficile d'énumérer avec clarté toutes les raisons qui militent dans notre esprit pour ou contre l'existence des adhérences. On est réellement guidé par une sorte d'intuition, mais combien de fois ne se laisse-t-on pas tromper par de fausses sensations ou par des raisonnements dont l'exactitude n'est point justifiée par les faits?

Chez la malade du n° 12, il est plus que probable que le kyste est fixé par des adhérences dans le petit bassin, surtout si nous tenons compte des nombreuses péritonites qui se sont succédées depuis l'injection iodée, aussi ne pratiquerons-nous pas l'ovariotomie, quoiqu'il semble au premier abord que ce kyste si régulier doive se laisser énucléer avec la plus extrême facilité. La ponction, suivie d'injection iodée, n'a pas assez bien réussi dans ce cas pour que nous songions à y avoir recours de nouveau; ferons-nous donc sur la paroi abdominale une application de caustique, afin de fixer avec sécurité dans le kyste une sonde à l'aide de laquelle nous pourrons modifier sa surface interne par des injections?

Ce dernier mode de traitement est celui qui me paraîtrait, dans le cas actuel, offrir le moins de dangers, mais aujourd'hui même vous m'avez vu pratiquer dans la tumeur une ponction essentiellement exploratrice qui m'a prouvé que j'avais affaire à un kyste tout au moins biloculaire, et j'avoue que la connaissance de cette disposition contrarie un peu mes projets.

Après avoir vidé la vessie, j'ai plongé un assez long trocart, celui dont se sert M. Nélaton, dans le point le plus déclive du kyste, assez près de la symphyse pubienne. J'ai retiré environ 2 litres d'un liquide brunâtre, couleur chocolat clair, filant et strié de sang; pendant que ce liquide s'écoulait, j'ai cherché à réduire la tumeur vaginale et je n'ai pu y parvenir; je n'ai pas été plus heureux lorsque l'écoulement s'est arrêté, et j'ai acquis ainsi la certitude que le kyste était formé sinon d'un grand nombre de loges, au moins de deux cavités superposées et ne communiquant pas entre elles. Après avoir vidé la première, j'aurais pu évacuer le liquide contenu dans la seconde en dirigeant

la pointe du trocart en bas dans la direction de l'axe du bassin, ou en pratiquant une nouvelle ponction par le vagin, car je sentais qu'il existait dans l'excavation pelvienne une tumeur fluctuante dont j'appréciais approximativement un des diamètres par le toucher combiné avec la palpation, mais il nous suffisait de savoir pour le moment que le kyste n'était pas uniloculaire.

En présence d'un cas semblable, un parti est difficile à prendre. Si le kyste contient plus de deux loges, nous devons, je crois, nous borner à l'expectation ; s'il n'existe que deux cavités, l'une au-dessus de l'autre, on peut essayer, après une application de caustique, de passer un drain qui traversera la tumeur de l'hypogastre au vagin ; le pus s'écoulera ainsi par l'orifice inférieur du trajet occupé par le tube, sans qu'on ait à redouter qu'il croupisse au fond d'une cavité profonde. Il est indispensable, quand on traite un kyste multiloculaire par la sonde à demeure, d'attaquer toutes les loges les unes après les autres, ou mieux simultanément, car on évite ainsi que pendant le travail qui aboutit à l'oblitération de l'une, les autres soient envahies par la suppuration.

Je ne sais pas encore, Messieurs, l'opération que je pratiquerai chez cette malade ; l'expectation n'a aujourd'hui que des avantages, et, après de nouveaux examens, peut-être me déciderai-je à passer dans le kyste un long drain qui traversera les deux loges.

DIXIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE (SUITE).

Ovariotomie. — Manuel opératoire. — Opération pratiquée à Saint-Antoine. — Kyste uniloculaire sans adhérences.

MESSIEURS,

Je pratiquerai l'ovariotomie chez la malade qui est couchée au n° 8, mais je ne ferai pas cette opération à l'hôpital de la Clinique, au centre de Paris ; il est de la plus haute importance de placer les malades dans un lieu aussi aéré que possible, et les chirurgiens qui ont obtenu les plus beaux succès ont toujours eu soin de faire l'ovariotomie à la campagne ou du moins dans une chambre isolée des salles, où peuvent régner épidémiquement l'érysipèle, l'infection purulente, la fièvre puerpérale, etc. J'aurais désiré faire transporter la malade hors de Paris, mais je me vois forcé de me contenter d'un pavillon situé au milieu de terrains vagues dépendant de l'hôpital Saint-Antoine, pavillon qu'on a bien voulu mettre à ma disposition. La chambre est grande, éclairée par de larges fenêtres et facile à ventiler, on peut la chauffer à la température voulue, et elle réunit à peu près toutes les conditions désirables de salubrité. La malade ira s'y installer d'ici à quelques jours, et la semaine prochaine je l'opérerai.

J'ai l'habitude, la veille du jour où je dois pratiquer l'ovariotomie, d'administrer à la malade une purgation, généralement de l'huile de ricin. Le matin même de l'opération, la malade devra prendre un lavement.

Au jour convenu, on chauffera la pièce à une température douce qui devra rester uniforme, et j'opérerai la malade en votre présence, non pas sur le lit qu'elle occupera quand tout sera terminé, mais dans la chambre où la veilleront les infirmières spécialement attachées à sa personne. Le lit ou la table recouverte d'un matelas, doit être assez élevé pour que le chirurgien, s'il opère debout, placé sur le côté de la malade, ne soit pas obligé de se pencher par trop et ne courre pas, ainsi, le risque de se fatiguer pendant une opération qui peut être longue. La fatigue a en effet le grave inconvénient de compromettre la précision des mouvements de l'opérateur, et il ne faut pas que celui-ci soit tenté de se presser, alors qu'il doit apporter le soin le plus minutieux à lier les vaisseaux, à nettoyer le péritoine, à fixer les points de suture, etc.

Ces petites recommandations, Messieurs, ne sont pas inutiles, car la pratique vit de détails, et, plus que toute autre opération, l'ovariotomie exige qu'on apporte la plus grande rigueur dans l'exécution de chacun des temps qui la constituent. Je ne vous donnerai pas une liste des instruments et des objets que vous devez avoir sous la main, j'insisterai seulement sur la nécessité de vous servir d'éponges neuves, fines, douces et parfaitement débarrassées de tout gravier. Ces éponges doivent être en grand nombre, car il est bon de ne se servir qu'une fois de chacune d'elles, afin de ne pas s'exposer à déposer dans la cavité abdominale des caillots ou des poussières quelconques. Ayez aussi à votre portée un bassin plein d'eau tiède, dans lequel vous

vous laverez fréquemment les mains pour les mêmes raisons.

Quelques chirurgiens, notamment notre collègue M. Péan, opèrent les femmes dans la position que l'on fait prendre aux hommes auxquels on pratique la taille périnéale, c'est-à-dire qu'ils s'asseyent devant la malade, qui est placée sur un lit bas, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin et écartées ; j'ai préféré d'abord me tenir debout à la droite de l'opérée couchée dans le décubitus dorsal, mais j'ai, depuis, reconnu de grands avantages à la seconde manière de procéder.

Aujourd'hui, tout le monde est d'accord sur l'utilité de l'anesthésie qui supprime, avec les douleurs, les mouvements violents que peut exécuter la malade, mouvements d'autant plus fâcheux qu'ils ont presque toujours pour effet de favoriser l'issue des anses intestinales à travers la plaie abdominale. L'anesthésie doit être très-complète et entretenue avec soin jusqu'à la fin. Enfin, avant de commencer l'opération, je vous recommande de bien envelopper la femme avec un large peignoir de flanelle, que vous protégerez de toute souillure, autant que possible, à l'aide d'une large couverture de caoutchouc percée d'une ouverture circulaire, dont les bords pourront être appliqués à l'aide du collodion sur les parois abdominales.

Pour faciliter la description de l'opération de l'ovariotomie, on peut la décomposer en trois temps principaux :

1° Incision de la paroi abdominale et du feuillet pariétal du péritoine.

2° Extirpation du kyste et toilette du péritoine.

3° Réunion de la plaie.

Pour exécuter le premier temps de l'opération, je pro-

céderai de la manière suivante : je ferai, sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et du pubis, après avoir préalablement vidé la vessie par le cathétérisme, une incision assez longue pour bien mettre le kyste à découvert. Il ne faut pas craindre de donner à l'incision une assez grande étendue pour pouvoir terminer facilement l'opération.

Je diviserai successivement avec le bistouri la peau et le tissu graisseux sous-cutané qui chez notre malade n'est pas très-abondant, mais qui chez certaines femmes forme une couche épaisse de plusieurs centimètres. Je lierai, chemin faisant, les artérioles qui pourront donner du sang, ou je les saisirai soit avec une pince à verrou, soit avec une petite pince à arrêt, construite sur le modèle de nos pinces à pansement, de façon que la plaie soit parfaitement sèche. Mon bistouri arrivera ainsi sur la ligne blanche, que je reconnaîtrai à sa teinte nacrée, et l'incisera exactement sur la ligne médiane; au-dessous de ce feuillet aponévrotique apparaîtra la lame cellulo-adipeuse formée par la graisse sous-péritonéale, lame qui ressemble quelquefois au grand épiploon, au point qu'on pourrait s'y méprendre; après l'avoir divisée et avoir lié avec soin les artérioles dont la section produit souvent une légère hémorrhagie en nappe, il ne me restera plus qu'à ouvrir la cavité abdominale en incisant le feuillet pariétal du péritoine sur la sonde cannelée, introduite avec précaution entre lui et le kyste à travers une boutonnière.

Cela fait, le kyste apparaîtra au fond de la plaie et nous apercevrons sa surface grisâtre ou nacrée, que sillonneront peut-être quelques vaisseaux veineux. Je passerai alors la main entre la paroi abdominale et la tumeur, et je tâcherai

d'explorer le contour de celle-ci, afin d'apprécier l'existence et l'étendue des adhérences. Cette manœuvre doit être faite avec réserve ; elle peut présenter une grande utilité dans quelques cas où des adhérences intimes étant constatées entre la paroi abdominale et le kyste, il serait sage de modifier, séance tenante, la conduite à tenir. Je plongerai alors un trocart assez volumineux dans le kyste, tandis que deux aides exerceront une pression soutenue sur les parties latérales du ventre, afin d'empêcher que la paroi antérieure de la poche ne vienne à quitter la paroi abdominale, quand le liquide s'écoulera par la canule à laquelle je pourrai adapter un long tube en caoutchouc, plongeant dans un seau placé à mes pieds.

On a inventé, Messieurs, plusieurs espèces de trocart; je ne vous les décris pas, car aucun n'atteint le but qu'on poursuit. On voudrait éviter l'écoulement du liquide entre la canule et la paroi du kyste, et l'on a proposé, pour parer à cet accident, de faire usage d'une canule munie d'une sorte de pas de vis, destiné à la fixer contre les bords de l'orifice dans lequel elle est engagée. J'ai toujours vu le liquide s'échapper le long du tube métallique au moment où l'on cherchait à visser celui-ci dans la paroi du kyste, et l'on s'expose ainsi à l'un des accidents les plus graves qui puisse compliquer l'opération, la pénétration du liquide du kyste dans la cavité abdominale. Ces trocarts spéciaux ne présentent aucun avantage, et pour peu que la tumeur soit composée d'un certain nombre de poches, il est préférable de les ouvrir hardiment avec le bistouri. Lorsque le kyste est à moitié vide et s'engage dans la plaie en s'effilant, on saisit ses parois avec des pinces à larges mors, ronds et dentelés, et l'on achève l'extirpation. Pendant tout le temps de l'opération, on doit, à l'aide de serviettes fines et que

l'on a chauffées modérément, s'opposer à la pénétration du liquide kystique dans le péritoine, et à l'issue des intestins au dehors. Pour cela, on introduit ces serviettes entre la face interne de la paroi abdominale et la surface de la tumeur. Elles doivent être renouvelées souvent pendant l'opération.

Si l'on a réussi à empêcher l'épanchement du liquide dans l'abdomen, si le kyste est dépourvu d'adhérences, et si, avant d'inciser le péritoine, on a eu soin d'arrêter tout suintement sanguin, il est inutile de faire ce qu'on a appelé la toilette du péritoine. On procède immédiatement à la réunion de la plaie après avoir sectionné le pédicule qu'on abandonne dans la cavité abdominale, ou qu'on fixe dans l'angle inférieur de l'incision suivant la méthode que l'on adopte; je reviendrai du reste tout à l'heure sur la manière dont on doit se comporter vis-à-vis du pédicule. Quand l'incision est courte, les viscères n'ont que peu de tendance à s'échapper au dehors, et si le kyste est uniloculaire et dépourvu d'adhérences, l'opération est en réalité d'une simplicité extrême.

Si le kyste est multiloculaire, si les adhérences sont nombreuses et solides, l'opération peut devenir difficile et longue. Le chirurgien doit alors s'armer de patience, car souvent plusieurs heures sont nécessaires pour terminer l'opération, et, chose remarquable, assez souvent ces cas compliqués ont été suivis de guérison, tandis que des malades ont succombé à la péritonite, après des opérations d'une grande simplicité.

Si les adhérences sont molles, on les déchire avec la main introduite dans l'abdomen après l'incision du péritoine; mais si elles sont vasculaires ou résistantes, leur rupture peut entraîner, soit des hémorrhagies difficiles à

arrêter, soit des déchirures des viscères ou un arrachement du feuillet pariétal de la séreuse sur un ou plusieurs points.

Quelquefois on trouve le kyste adhérent d'une manière intime à la paroi abdominale antérieure sur une large surface, et il est impossible d'insinuer la sonde cannelée entre le péritoine et la face antérieure de la tumeur. Quel parti devrait-on prendre en présence d'une pareille complication? Dans la plupart de ces cas, il me paraîtrait sage d'ouvrir immédiatement le kyste, et de revenir alors à la méthode de l'incision et de la sonde à demeure, méthode que je vous ai brièvement décrite.

Si le kyste a déjà été isolé dans une certaine étendue, lorsqu'on reconnaît que les adhérences sont trop intimes pour être détruites, on devra le fixer à la paroi abdominale par des points de suture, puis on ouvrira ses loges le plus complétement possible, et on le fera suppurer en y laissant une sonde à demeure.

Si les adhérences, au lieu d'être pariétales, sont viscérales et solides, il faut les détruire non pas par arrachement, je vous ai signalé les accidents qu'on produirait en agissant ainsi, mais en les sectionnant avec les plus grandes précautions. L'usage du bistouri et des ciseaux entraînant des hémorrhagies si les adhérences sont vasculaires, on pourrait avoir recours à l'emploi du galvano-cautère. Si l'on se sert de l'instrument tranchant, il faut sectionner les brides entre deux ligatures, ou, en présence du moindre suintement sanguin, cautériser les surfaces saignantes avec le fer rouge ou une solution assez concentrée de perchlorure de fer. Des artérioles un peu volumineuses donnent-elles? il faut les lier, et ici se pose la question des dangers que font courir aux malades les ligatures perdues.

Les fils qu'on abandonne dans la cavité abdominale après les avoir coupés au ras du nœud peuvent s'enkyster, ou devenir la cause de petits abcès et d'accidents; aussi certains auteurs préfèrent-ils les conserver et les ramener dans l'angle inférieur de la plaie, près du pédicule. On doit agir ainsi lorsque les artères qu'on a liées sont situées assez bas, sinon il est permis de laisser dans l'abdomen les fils qu'on a jetés sur des vaisseaux très-éloignés des bords de l'incision.

Le grand épiploon adhère souvent à la paroi kystique; il faut alors s'efforcer de le détacher doucement avec les doigts sans le trop froisser et sans produire d'écoulement sanguin; si l'on ne réussit pas dans ces tentatives, on doit le lier solidement et l'engager dans la plaie au-dessus du pédicule; une constriction énergique est indispensable pour limiter nettement le point où se produira la mortification.

Quand le kyste est accolé à des anses intestinales, au foie, à la rate, ou à un point de la ceinture osseuse, et lorsqu'il y a adossement de surfaces et non réunion par brides, faut-il chercher à disséquer la paroi et à l'isoler, au risque d'intéresser les viscères ou d'enlever le feuillet pariétal du péritoine? Gardez-vous bien, Messieurs, de commettre une pareille imprudence, et contentez-vous, après avoir vidé entièrement le kyste, de réséquer la plus grande étendue possible de la paroi, sans craindre d'en laisser une portion dans la cavité abdominale; il est sans doute fâcheux d'être forcé d'agir ainsi, mais l'extirpation incomplète de la tumeur est encore moins dangereuse que l'ouverture d'une anse intestinale, ou la déchirure d'un organe vasculaire tel que le foie ou la rate.

Lorsque le kyste a été attiré hors de la cavité abdomi-

nale, il reste pour terminer l'extirpation à pratiquer la *section du pédicule*. Tout kyste de l'ovaire est en effet fixé à l'utérus par un cordon plus ou moins épais et d'une longueur variable qui porte le nom de pédicule. Ce pédicule contient le ligament de l'ovaire, la trompe de Fallope, le ligament rond, une ou plusieurs artères et des veines assez volumineuses, le tout enveloppé par le repli péritonéal qui constitue le ligament large. Tantôt le pédicule est grêle et long de 10 à 12 centimètres et même plus, tantôt il est épais et court; enfin, dans certains cas, il n'existe pour ainsi dire pas et le kyste semble greffé sur l'utérus.

Que doit-on faire du pédicule? c'est là une question des plus intéressantes qu'il nous faut examiner. Avant de le sectionner, on doit le lier solidement avec de gros fils afin d'éviter toute hémorrhagie; c'est là un précepte élémentaire qu'il n'est pas permis d'enfreindre. Quelles que soient la longueur et l'épaisseur du pédicule, Tyler Smith et quelques chirurgiens veulent qu'on l'abandonne dans la cavité abdominale, soit après avoir appliqué sur lui une ligature en masse et avoir coupé les fils au ras du nœud, soit après avoir lié simplement les artères et les veines qui peuvent donner du sang. Cette méthode me paraît dangereuse, elle expose la malade à des abcès qui se développeront autour du nœud, et à une péritonite; elle ne met pas suffisamment à l'abri des hémorrhagies secondaires, et Spencer Wells a vu se produire des hématocèles abdominales aux époques menstruelles dans deux cas où le pédicule avait été ainsi abandonné.

Il y a cependant des cas où l'on est bien forcé de suivre le conseil de Tyler Smith, c'est lorsque le pédicule est très-court et ne peut pas être attiré jusqu'aux lèvres de la plaie

abdominale sans que l'utérus soit fortement tiraillé. On doit alors sectionner le pédicule avec l'écraseur et cautériser la surface du moignon avec le fer rouge ou une solution de perchlorure; on peut aussi faire une ligature en masse du pédicule et fixer les fils dans l'angle inférieur de la plaie, ou imiter M. Kœberlé et se servir d'un serre-nœud qu'on maintiendrait également entre les lèvres de l'incision.

Enfin, s'il n'existait pas de pédicule apparent, et si le kyste adhérait à l'utérus, faudrait-il laisser dans la cavité abdominale une portion de la paroi kystique, après avoir cautérisé les surfaces saignantes, ou sectionner le fond de l'utérus à l'aide de l'écraseur, comme cela a été fait avec succès dans l'extirpation de tumeurs fibreuses utérines? Je pense que cette dernière manière de procéder est celle que l'on devrait adopter.

Lorsque le pédicule est assez long, je n'hésite pas, Messieurs, à me conformer aux règles généralement acceptées et à le maintenir dans l'angle inférieur de la plaie. Après l'avoir lié solidement avec un gros fil, je l'étreins au-dessous de la ligature avec un instrument nommé *clamp* ou *clipper*, dont la forme est assez semblable à celle de l'entérotome de Dupuytren, c'est-à-dire à celle d'un compas. Ce clamp, inventé par Hutchinson, et modifié par beaucoup de chirurgiens, mortifie le pédicule en l'écrasant et reste à l'extérieur, reposant sur les téguments au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision. Lorsque ses deux branches ont été rapprochées suffisamment à l'aide d'une vis, on désarticule les manches, et l'appareil se trouve réduit à deux mors assez courts, entre lesquels le pédicule est engagé; la surface de celui-ci peut être avantageusement cautérisée avec le perchlorure de fer ou le fer rouge.

Quelques opérateurs préfèrent fixer le pédicule de la

manière suivante : ils posent sur lui une ligature en masse, très-serrée, ou, s'il est trop épais, deux ligatures, en le traversant à son centre par un fil double dont on noue les chefs de chaque côté, puis ils font pénétrer au-dessous du nœud, dans les points où ils soupçonnent qu'il n'existe pas de vaisseaux, deux broches en argent, terminées par des pointes d'acier qu'on résèque ensuite. C'est là un bon procédé, rendu meilleur encore quand il est complété par l'emploi du serre-nœud construit par le docteur Cintrat. A l'aide de ce serre-nœud, le pédicule est serré et fixé par un fil de fer de fort calibre.

On a reproché à la méthode que nous adoptons, d'exposer les femmes à des douleurs inhérentes à l'existence dans la cavité ventrale d'une bride allant de l'utérus à la paroi abdominale et formée par le pédicule. Ces reproches n'ont pas une grande valeur, car, quoi qu'on en ait dit, la présence du pédicule n'empêche pas l'utérus de se développer, en cas de grossesse, et l'on ne connaît, croyons-nous, qu'un seul exemple d'étranglement intestinal produit par le pédicule resté adhérent à la cicatrice abdominale, après guérison.

Je vous ai dit, Messieurs, que dans les cas simples, il n'y avait dans la cavité péritonéale, après l'extirpation de la tumeur, ni épanchement de liquide kystique, ni suintement sanguin ; il faut alors, après avoir fixé le pédicule et examiné l'ovaire supposé sain, procéder sans délai à la réunion de la plaie. Lorsqu'au contraire l'opération a été laborieuse, si l'on a eu à rompre ou à sectionner des adhérences, si enfin l'on a dû arrêter des hémorrhagies et cautériser des surfaces saignantes, il est indispensable, avant de fermer la plaie, de nettoyer les cavités abdominale et pelvienne, c'est-à-dire de faire la *toilette du péritoine;* à

l'aide d'éponges on enlève les caillots ou ce qui peut être tombé de liquide kystique dans la cavité péritonéale, on essuie avec précaution les anses intestinales qui peuvent être souillées et l'épiploon, on visite les points où a porté le fer rouge, etc., bref, on s'assure qu'on a tout fait pour prévenir une hémorrhagie secondaire et une péritonite, puis on réunit la plaie.

Quelques chirurgiens, préoccupés des accidents que peut causer la rétention du pus dans le petit bassin, ont proposé de ne fermer la plaie qu'incomplétement et de la maintenir béante à son angle inférieur. M. Kœberlé, pour empêcher son occlusion, a plusieurs fois interposé entre ses lèvres deux valves de plomb, et pratiqué le drainage préventif de la cavité abdominale à l'aide d'un tube de verre faisant siphon et plongeant derrière l'utérus jusqu'au fond du cul-de-sac péritonéal.

J'ai employé deux fois le procédé de M. Kœberlé, et dans le premier cas, où j'ai obtenu un beau succès, il s'est écoulé 1100 grammes de liquide en trente-six heures; la seconde malade, traitée de la même façon, a succombé, et j'ai noté que l'écoulement avait été bien moins abondant.

En thèse générale, je crois qu'on ne doit pas adopter la méthode de M. Kœberlé, à laquelle ce chirurgien a du reste renoncé, excepté dans des cas spéciaux, et il est à coup sûr préférable d'obtenir une réunion de la plaie par première intention et d'éviter toute suppuration de la cavité abdominale; cependant s'il n'était pas permis d'espérer une terminaison aussi heureuse, on pourait avoir recours au drainage préventif. On maintiendrait alors un tube de verre ou de caoutchouc vulcanisé au voisinage du pédicule, ou l'on imiterait M. Péan, en passant par le cul-de-sac recto-utérin dans le vagin les deux extrémités d'un drain dont l'anse

resterait dans le petit bassin, tandis que les deux chefs pendraient hors de la vulve.

Il me reste à vous décrire en quelques mots, Messieurs, comment il faut réunir la plaie. La réunion est obtenue à l'aide de la suture; quelques chirurgiens ont cru bon de ne point comprendre dans cette suture le feuillet pariétal du péritoine; aujourd'hui, tous ou presque tous reconnaissent que leur pratique était vicieuse. Il importe donc : 1° de maintenir en contact les parties profondes de la plaie, y compris les deux lèvres de l'incision du péritoine; 2° de rapprocher les bords de la solution de continuité des téguments.

On a l'habitude pour obtenir ce double résultat de placer deux rangs de points de suture, c'est-à-dire de faire une suture profonde et une suture superficielle.

Voici la façon dont je procéderai au dernier temps de l'ovariotomie que vous me verrez pratiquer : après avoir fait la toilette du péritoine et fixé, si cela est possible, dans l'angle inférieur de la plaie, le pédicule serré avec le clamp ou embroché avec des tiges d'argent, je traverserai les parties molles, à 2 ou 3 centimètres d'une des lèvres de la plaie, avec une longue aiguille presque droite, entraînant un double fil d'argent. A l'aide d'une pince et en relevant un peu le lambeau musculo-cutané, j'irai saisir le péritoine dont les deux lèvres s'écartent beaucoup après l'incision, et je l'amènerai sur le même niveau que la surface de section des parties molles, puis je le traverserai avec mon aiguille et je procéderai de la même façon de dedans en dehors du côté opposé. Je passerai ainsi une série de fils, séparés les uns des autres par un intervalle de 1 centimètre 1/2 environ, et j'aurai de chaque côté, à 1 centimètre des lèvres de la plaie, d'une part les anses métalliques, de

l'autre les deux chefs de chaque fil. Cela fait, j'engagerai dans les anses une bougie en gomme élastique assez volumineuse et résistante, et je tirerai légèrement les fils de façon à l'appliquer fortement sur la peau. Puis je repousserai doucement l'épiploon ou les intestins qui pourraient faire hernie entre les fils, et je rapprocherai les parties profondes de la plaie. Enfin, je tordrai les deux chefs de chacun des fils sur une bougie semblable à la première.

Vous voyez que la suture profonde sera enchevillée, mais si l'on s'en contentait, la plaie bâillerait et ne se réunirait pas dans sa moitié antérieure; il est donc nécessaire de faire aussi une suture superficielle; celle-ci peut être une suture entortillée ou à points séparés, et l'on peut se servir à volonté de fils de soie ou de fils métalliques; l'important est de bien affronter les surfaces et la chose est facile quand la suture profonde a été faite avec soin.

Dans un grand nombre de cas, j'ai pratiqué la suture profonde à l'aide de la suture à points séparés, faites avec les fils d'argent.

Lorsque l'opération est terminée, Messieurs, on transporte avec précaution la malade dans le lit qu'elle doit occuper, et si elle se sent faible ou refroidie, on cherche à relever ses forces par des cordiaux et des excitants diffusibles, on l'enveloppe de flanelle, on l'entoure de bouteilles de grès remplies d'eau chaude, et l'on exige pour elle le repos le plus absolu. Il faut envelopper l'abdomen d'ouate et exercer ainsi une légère compression sur les parois à l'aide d'un large bandage de corps. Dans la journée on doit pratiquer le cathétérisme, car la rétention d'urine est une complication, du reste, sans gravité, qui survient presque toujours après l'ovariotomie. J'ai l'habitude,

comme la plupart des chirurgiens, de donner de l'opium à doses fractionnées pendant plusieurs jours.

La réaction n'est pas très-vive après l'ovariotomie ; dans les cas simples et en l'absence de toute complication, les femmes souffrent peu et ne sont incommodées que par une légère tympanite qui, heureusement, n'est pas toujours un présage de péritonite ; en général, on peut enlever les sutures profondes du sixième au dixième jour et les sutures superficielles quelques jours après, mais il n'est pas possible de formuler des préceptes absolus à cet égard. Quant au pédicule, il est utile de le momifier à l'aide de quelque topique ou par des attouchements avec le perchlorure de fer, afin d'éviter que la portion qui se mortifie n'exhale une mauvaise odeur. Le clamp ou les broches doivent être retirés lorsqu'on suppose que des adhérences solides se sont établies et qu'il n'y a plus à redouter d'hémorrhagie, c'est-à-dire vers le dixième ou le quinzième jour ; on panse alors la plaie à l'alcool ou à la glycérine jusqu'à ce qu'elle soit cicatrisée.

Pendant la convalescence ou avant que tous les fils aient été enlevés, il n'est pas rare de voir se former dans la paroi abdominale, au voisinage du pédicule ou des points de suture, quelque abcès dont les symptômes pourraient être attribués à un commencement de péritonite ; si l'on tient compte surtout de l'époque en général tardive à laquelle apparaissent ces abcès, ainsi que de la douleur bien limitée qu'ils produisent, on soupçonnera la nature de la complication et bientôt l'on reconnaîtra, à la tuméfaction et à l'empâtement, qu'il est temps d'ouvrir le foyer. Ces collections purulentes sont en général sans gravité, et je me rappelle une malade opérée en ma présence par M. Gosselin, à Issy, et chez laquelle la guérison ne fut que peu retardée par

la formation d'un énorme abcès de la paroi promptement incisé.

Parmi les suites éloignées de l'ovariotomie, on a signalé l'éventration ou l'apparition de hernies abdominales, accident qui doit être rare si le péritoine a été bien compris dans la suture, et quant aux douleurs qui subsistent parfois longtemps par le fait de l'adhérence du pédicule à la paroi abdominale, ou de la présence dans la cavité péritonéale de ligatures perdues enkystées, elles finissent presque toujours par disparaître.

De nombreux exemples prouvent qu'après l'extirpation d'un des ovaires, la menstruation se rétablit et que la grossesse est possible.

Malheureusement, Messieurs, l'ovariotomie malgré les magnifiques succès qu'elle nous donne, est bien souvent encore suivie de mort. Quelquefois les malades succombent dans les premières vingt-quatre heures sous le coup de l'épuisement nerveux qui succède à l'opération. Ce collapsus que Dupuytren appelait *hémorrhagie nerveuse*, et que les Anglais nomment *the shock*, est cependant plus rare à la suite de l'ovariotomie qu'après les grands traumatismes, tels que les écrasements des membres ou les amputations de cuisse. Le *tétanos* n'a emporté que peu de malades, mais on peut voir survenir, dans les premiers jours qui suivent l'opération, une *hémorrhagie* interne qui, si elle n'est pas suffisante pour entraîner la mort, est presque toujours suivie d'une péritonite. Dans un cas, M. Kœberlé a été assez heureux pour sauver son opérée en rompant la cicatrice pour aller saisir l'artère ovarique qui donnait du sang.

De toutes les causes de mort après l'ovariotomie, les plus fréquentes sont la *septicémie* produite par la résorp-

tion du pus qui tend à s'accumuler dans le petit bassin et la *péritonite*. C'est pour lutter contre la septicémie, qu'on a proposé le drainage préventif de la cavité abdominale; quant à la péritonite, nous n'avons pour la combattre que des ressources bien insuffisantes. Je vous demanderai la permission d'insister un peu sur les caractères de cette péritonite qui, suivant moi, n'ont pas été nettement décrits par les auteurs.

Les accidents débutent quelquefois du premier au troisième jour, mais c'est là l'exception; le plus souvent, c'est le troisième jour seulement qu'ils apparaissent, et je partage à ce sujet l'opinion de M. Kœberlé; les péritonites qui débutent après le septième jour sont des péritonites tardives relativement très-rares, à moins d'imprudences commises par les malades.

Je vous ai dit que la tympanite ne présageait pas constamment une péritonite, toutefois c'est là un symptôme qui doit attirer l'attention, car il n'est pour ainsi dire pas de péritonite qui ne soit précédée de tympanite, malgré quelques observations semblant établir le contraire, mais qui ne prouvent qu'une chose, c'est qu'à toute règle il y a des exceptions. Des borborygmes, des éructations, des nausées ou quelques vomissements bilieux doivent, lorsqu'ils surviennent en même temps que la tympanite ou peu de temps après cette complication, vous engager à vous tenir sur vos gardes, et ce que je veux mettre en relief dans ma courte description, c'est le début insidieux de la péritonite et l'absence de douleurs spontanées ou provoquées par la pression. Les vomissements bilieux ou porracés sont faciles et ne provoquent pas de vives souffrances comme ceux qui surviennent dans les péritonites ordinaires; les symptômes généraux commencent par n'être que peu accusés; bref, la

péritonite revêt une forme latente, et l'on se tromperait gravement si l'on fondait de grandes espérances de guérison sur la bénignité apparente de la maladie. Celle-ci, en effet, se termine presque toujours par la mort qui survient un ou deux jours après le début des accidents.

Fin des observations. — La malade couchée au n° 4 a quitté l'hôpital dans un état de santé déplorable, avant que M. Labbé ait trouvé opportun de traiter son kyste par la méthode de la sonde à demeure.

La jeune femme du n° 12, dont le kyste multiloculaire était enclavé dans le bassin, n'a subi aucune opération; les accidents qu'elle présentait se sont amendés et M. Labbé n'a pas jugé prudent d'intervenir activement, du moins avant que tout symptôme de péritonite ait disparu.

La malade qui occupait le n° 8 a été transportée, le 4 novembre 1871, dans un pavillon isolé de l'hôpital Saint-Antoine, et le lendemain a subi l'ovariotomie. L'opération, comme M. Labbé l'avait prévu, a été des plus simples; le kyste était composé d'une grande loge et de quelques petites loges secondaires, et absolument dépourvu d'adhérences; il contenait 11 à 12 litres de liquide. Après la ponction, la tumeur fut facilement attirée à l'extérieur, mais un aide ayant cessé un instant d'appliquer exactement la paroi abdominale sur la surface du kyste, il tomba dans la cavité abdominale *quelques gouttes du liquide du kyste*. La toilette du péritoine faite avec soin, le pédicule qui était long et grêle fut serré avec un clamp et fixé dans l'angle inférieur de la plaie qui n'était longue que de cinq travers de doigt. M. Labbé procéda ensuite à la réunion de la plaie, cautérisa le moignon du pédicule avec le perchlorure de

fer et appliqua sur l'abdomen une épaisse couche d'ouate maintenue par un bandage de corps.

La malade fut emportée rapidement par une péritonite qui débuta trois jours après l'opération, quoique celle-ci parût être faite dans les meilleures conditions et n'ait présenté aucune difficulté. Très-certainement cette terminaison fâcheuse doit être attribuée à la chute d'une petite quantité de liquide kystique dans le péritoine, nouvelle preuve de *l'importance capitale* qu'il y a à éviter cette grave complication, à laquelle *la toilette du péritoine*, faite avec le soin le plus minutieux, ne peut pas toujours remédier.

ONZIÈME LEÇON

MÉTRORRHAGIES ET CORPS FIBREUX

Diagnostic de quelques métrorrhagies. — Corps fibreux interstitiels et polypes fibreux de l'utérus. — Polypes intermittents. — Myomes du col. — Diagnostic du cancer du col au début. — Cancer évidant.

MESSIEURS,

Rien n'est plus fréquent que de se trouver en présence d'hémorrhagies utérines dont il importe d'apprécier la cause avec la plus rigoureuse exactitude, si l'on ne veut pas diriger au hasard les efforts d'une thérapeutique souvent inefficace parce qu'elle n'est pas rationnelle. En dehors des pertes dont l'étude se trouve liée à celle des accouchements, et dont je ne vous dirai que quelques mots, ces hémorrhagies constituent, en effet, un symptôme d'affections très-différentes.

Le mot *métrorrhagie*, habituellement appliqué à tous les écoulements sanguins qui se font jour par la cavité du col utérin en dehors des règles, a été employé aussi par quelques auteurs pour désigner l'exagération du flux menstruel; mais il est un autre terme qu'on peut avec avantage lui substituer dans ce dernier cas et que vous devez connaître : c'est celui de *ménorrhagie*, par lequel on entend toute augmentatiou dans l'abondance ou dans la durée du flux cataménial; ainsi se trouve établie une dis-

tinction vraie entre deux grandes classes d'écoulement sanguin. Dirons-nous qu'il y a *ménorrhagie* quand les règles se rapprochent autrement que par leur prolongation, lorsque, par exemple, un nouvel écoulement survient dix ou quinze jours après celui qu'on peut à bon droit rattacher à la menstruation? Il y a là, Messieurs, un point délicat de diagnostic, et il ne faut pas toujours croire les femmes qui vous diront que leurs règles avancent, et qu'elles sont réglées tous les dix ou tous les quinze jours.

Que devons-nous en effet entendre par règles? C'est le flux sanguin qui accompagne l'ovulation, la déhiscence d'une vésicule de de Graaf, et si ces ruptures des vésicules peuvent se succéder à de plus courts intervalles qu'à l'état normal, il n'en est pas moins vrai que le fait est rare, et que bien souvent ces règles ne sont autre chose que de véritables *métrorrhagies*, c'est-à-dire des pertes indépendantes de l'ovulation. L'écoulement sanguin et la ponte, ces deux phénomènes dont se compose la fonction menstruelle, peuvent, il faut bien le savoir, être dissociés; on a cité nombre d'observations de femmes devenues mères sans avoir jamais été réglées, et inversement des jeunes filles impubères ont eu des règles, c'est-à-dire ont perdu du sang d'une façon quasi périodique, sans qu'on soit autorisé à affirmer que chez elles quelques vésicules de de Graaf fussent arrivées à maturité.

Des faits analogues se rapportant à la vieillesse ont été cités. Des femmes âgées ont eu, longtemps après la ménopause, et cela sans accidents, des pertes périodiques qu'on ne peut attribuer à un réveil tardif des fonctions de l'ovaire, et tous ces exemples sont comparables à ceux que nous fournissent parfois les enfants de menstruation ou plutôt d'hémorrhagies sans ovulation. Ne croyez donc pas trop

facilement à l'existence d'une *ménorrhagie*, et pour mon compte je suis disposé à voir dans la plupart des pertes, à moins que les écoulements ne soient parfaitement périodiques et accompagnés d'un cortége de symptômes que vous connaissez, plutôt des hémorrhagies proprement dites que des flux liés à la menstruation. Je ne voudrais cependant pas me montrer trop absolu, et j'aurai occasion de faire, dans le cours de cette leçon, une large part aux troubles de la menstruation dans les affections dont je vous entretiendrai.

Je ne puis avoir le projet, Messieurs, de vous faire l'histoire complète de la métrorrhagie et de passer en revue toutes les maladies dont elle est une expression; les hémorrhagies puerpérales ne nous intéressent pas ici, et je ne veux pas empiéter sur le domaine de la médecine en vous parlant de ces hémorrhagies actives ou passives, sthéniques ou asthéniques, étudiées avec tant de soin dans les anciens ouvrages classiques. Les métrorrhagies, comme toutes les hémorrhagies, ne sont bien souvent qu'un résultat d'une altération du sang, et surviennent, comme les hémoptysies, comme les hémorrhagies intestinales, dans un grand nombre d'affections générales. Fréquentes dans la chloro-anémie, chez les jeunes filles au moment de l'établissement de la menstruation, elles surviennent aussi dans la pléthore, et un état tout différent du sang est susceptible de causer le même accident. Les métrorrhagies sont une complication de la maladie de Bright, elles peuvent être une des manifestations de la diathèse hémorrhagique, et M. Gubler a appelé l'attention sur ces pertes, auxquelles il donne l'ingénieuse qualification d'*épistaxis utérines*, et qui simulent les règles au début ou même dans le cours des pyrexies et de certaines phlegmasies. Toutes ces classes d'hémorrhagies ne

sont pas de notre ressort, et je ne veux aborder que la partie vraiment chirurgicale de mon sujet, en discutant quelques-uns des diagnostics qui ont pu vous embarrasser dans l'examen que vous faites journellement des malades couchées dans nos salles.

Je vous dirai cependant, Messieurs, qu'aux différentes périodes de la grossesse, il survient parfois des métrorrhagies plus ou moins abondantes dont le chirurgien doit connaître la signification, car ce n'est pas toujours à l'accoucheur que les malades s'adressent; ainsi vous pourrez être appelés pour une métrorrhagie qui sera survenue brusquement, sans cause appréciable, vous dira-t-on, et l'on sollicitera de vous, en même temps qu'une ordonnance, une réponse catégorique sur la nature de cet accident. La prudence vous fait une loi, Messieurs, dans des circonstances semblables, de vous montrer des plus circonspects dans l'expression de votre opinion, et vous devez toujours songer à la possibilité d'un avortement. Si la grossesse est assez avancée pour qu'elle soit plus qu'une probabilité, on vous l'annoncera le plus souvent et vous serez ainsi mis sur la voie du diagnostic; pas toujours, cependant, car l'on voit fréquemment en ville, et surtout dans les hôpitaux, des malades arrivées presqu'au terme d'une grossesse, venir réclamer nos soins pour une affection de l'abdomen, dans la coupable espérance que des manœuvres, certes bien intempestives, provoqueront un avortement. Si vous êtes appelés près d'une femme grosse de plus de quatre mois, et au début de l'hémorrhagie, le diagnostic de la grossesse sera sinon toujours facile, du moins possible la plupart du temps; il vous éclairera sur la cause de l'écoulement sanguin, et vous vous dirigerez suivant les règles qu'on doit suivre en

pareille occasion. Si, au contraire, on ne prononce pas devant vous le mot de grossesse, si rien de prime abord ne peut vous la faire présumer, songez néanmoins toujours à la *possibilité d'un avortement*. Le médecin ne doit pas pécher par excès de confiance, et je répéterais volontiers ici ce qu'on peut dire à propos de la syphilis : *soupçonnez toujours*.

Lors donc que vous n'aurez pas de bonne raison pour attribuer l'hémorrhagie à une de ces mille causes qui en sont le point de départ, interrogez attentivement les malades en les assurant d'une discrétion qui est un des devoirs de notre profession, et surtout examinez les avec tout le soin possible.

Souvent, il faut bien le dire, les femmes ignorent qu'elles soient enceintes; peu de temps après la conception, à la suite de fatigues ou d'un traumatisme quelconque, elles ont une perte qui ne s'accompagne que de peu de douleurs ; elles croient à un retard dans leurs règles et s'expliquent ainsi l'abondance de l'hémorrhagie; et cependant, si vous vous faites montrer le sang perdu, vous pouvez retrouver, au milieu des caillots, l'œuf entier ou morcelé. Si la grossesse est plus avancée, les symptômes généraux sont plus accusés, l'hémorrhagie est précédée et suivie de plus violentes douleurs, et si vous arrivez après l'expulsion du produit de la conception, vous devez insister pour examiner vous-mêmes le sang au milieu duquel celui-ci peut s'être dérobé à des recherches peu minutieuses. Trop fréquemment on l'a fait disparaître, et c'est alors surtout que votre esprit doit être en éveil.

Indépendamment des autres signes qui peuvent vous mettre sur la voie du diagnostic, sans parler des interrogatoires qui ne sont malheureusement que trop infructueux,

en général, l'état du col pourra vous fournir des renseignements précieux ; s'il est ramolli et entr'ouvert, ce sera déjà un signe de présomption de grande importance. Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur ce sujet spécial ; je vous ai décrit la situation ridicule du médecin qui attend deux jours auprès d'une malade l'accouchement d'un kyste de l'ovaire ; je vous ai cité ces cas, non plus ridicules, mais tragiques, de ponctions faites dans un utérus gravide ; je tenais à vous mettre en garde contre ce danger d'un autre ordre, qui consiste à se faire, par ignorance ou par légèreté, complice, en quelque sorte, d'un avortement.

Il est encore une autre cause de métrorrhagie, Messieurs, que les femmes dissimulent volontiers ou plutôt qu'elles ignorent elles-mêmes et que cependant vous devez savoir deviner : je veux parler de ces ménorrhagies ou de ces pertes véritables qui succèdent à des coïts trop fréquemment répétés ou trop violemment accomplis. Lorsqu'il existe, en outre, une certaine disproportion entre les organes génitaux de l'homme et de la femme, lorsque l'organe viril est long et le vagin peu profond, il se produit pendant la copulation une succession de chocs portant sur l'utérus et provoquant une fluxion qui aboutit à une perte ; souvent même ces fluxions se produisant à intervalles assez rapprochés, sont suivies d'un engorgement utérin ou d'une métrite. Ce sont ces métrites, réellement traumatiques, que Beau a désignées sous le nom de *métrites congressives*, et Ricord sous la dénomination imagée de *métrobalistites*. La contusion que doit faire éprouver l'organe copulateur à l'utérus dans certains cas n'est pas douteuse, car il m'est arrivé fréquemment de rencontrer, soit en avant, soit en arrière, mais plus généralement en avant du

col utérin, une véritable dépression en doigt de gant du cul-de-sac vaginal, dépression qui n'existe pas normalement. Le col est, en général, repoussé en arrière, et l'on a pu attribuer avec raison aux rapprochements sexuels une influence sur le redressement de l'utérus, si souvent antéfléchi chez les jeunes femmes. Rien n'est plus facile à comprendre que l'excitation, que la fluxion qui résultent de cette sorte de contusion de l'utérus à laquelle vient se joindre l'érection dont l'organe est susceptible sous l'influence de l'orgasme vénérien ; on a vu des inflammations péri-utérines reconnaître une semblable cause, et j'ai noté souvent des pertes survenant au début des phlegmons du ligament large ou des pelvi-péritonites. Les malades croient toujours que ce sont leurs règles ; quelquefois, il est vrai, l'écoulement sanguin peut se rattacher à la congestion menstruelle, mais bien plus souvent ce sont de petites métrorrhagies. Je ne croyais pas inutile, Messieurs, de vous signaler ces détails, car la cause des accidents connus, il est facile, après leur cessation qui ne se fait pas trop attendre en général, d'en éviter le retour en avertissant les malades du danger auquel elles pourraient de nouveau s'exposer. La modération que vous leur conseillerez ne sera pas toujours gardée, mais du moins vous aurez rempli votre rôle de médecin, qui doit consister autant à prévenir les maladies qu'à les guérir.

Je n'insisterai pas longtemps sur les pertes auxquelles donnent lieu, suivant certains auteurs, les *déviations utérines*. La statique de l'utérus a beaucoup préoccupé les médecins et les chirurgiens à une certaine époque, mais aujourd'hui la question paraît à peu près résolue. Les recherches de Boulard ont prouvé que chez le fœ-

tus et chez le nouveau-né, le fond de l'utérus est presque toujours infléchi en avant, et M. Gosselin a constaté que chez les jeunes femmes qui n'ont pas eu d'enfants, un certain degré d'antéflexion est extrêmement fréquent. Plus tard l'utérus se redresse et sa position, après un ou plusieurs accouchements, peut devenir indifférente par suite de l'affaiblissement de ses moyens de suspension; n'attachez donc pas une trop grande valeur à ces inflexions et à ces versions utérines dont Valleix a certainement exagéré les inconvénients; lorsqu'elles succèdent à une métrite ou s'accompagnent d'engorgement, ce qui est fréquent, c'est moins au déplacement de l'utérus qu'à cet engorgement que votre thérapeutique devra s'adresser, car c'est surtout cet état pathologique qu'on peut considérer comme la cause des hémorrhagies qui surviennent parfois dans ces conditions.

Si les déviations, et notamment la rétroversion, sont produites par un corps fibreux, entraînant par son poids l'utérus en arrière, c'est à la présence de la tumeur qu'il faut attribuer les pertes. Les déviations sont trop fréquemment observées chez des femmes bien portantes pour qu'on soit autorisé à leur accorder une large part dans la production de ces accidents. La congestion menstruelle peut, cependant, être exagérée par la position vicieuse de l'utérus, surtout dans le cas de rétroflexion ou de rétroversion, mais il arrive plus souvent que l'on observe alors de la dysménorrhée, si l'orifice interne du col se trouve rétréci par l'accolement des parois utérines à ce niveau. Toutefois, quand le flux menstruel parvient à surmonter la résistance que lui oppose le rétrécissement, il est souvent alors plus abondant par suite de la fluxion plus prononcée de la muqueuse.

L'expérience a prononcé, Messieurs, contre l'efficacité des moyens destinés à redresser l'utérus, et, de plus, tous les médecins sont aujourd'hui d'accord sur les dangers des redresseurs utérins, dont Simpson et Valleix faisaient autrefois un trop fréquent usage; combattez donc seulement par les méthodes appropriées l'engorgement qui, dans ces cas, est la cause principale de l'écoulement sanguin.

Nous pouvons dire des affections *granuleuses et ulcéreuses du col* ce que nous disons des déplacements utérins; les pertes, chez les femmes qui en sont atteintes, surviennent soit en dehors de la menstruation, soit à des époques périodiques, et elles sont dues à une exagération de la fluxion, à une congestion active plus énergique qu'à l'état normal. Je ne parle pas ici des ulcères cancéreux qui sont eux-mêmes la source de l'hémorrhagie et sur lesquels je reviendrai, et je ne fais allusion qu'aux granulations et aux ulcérations du col, qu'on pourrait appeler de bonne nature, pour les opposer aux autres. Rien n'est plus fréquent que de voir ces ménorrhagies abondantes dont les femmes s'inquiètent à juste titre, et pour lesquelles elles viennent si souvent nous consulter, reconnaître pour cause une ulcération parfois très-superficielle et très-limitée de la muqueuse cervicale. Nous avons aujourd'hui dans nos salles, au n° 8, une jeune fille de vingt-deux ans, forte et bien constituée, mais un peu pâle et anémiée; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, de pesanteur au périnée, de névralgies diverses, de tiraillements d'estomac; elle a une leucorrhée persistante, et à chaque époque ses règles durent huit à dix jours; elles sont, en outre, très-abondantes, et s'accompagnent d'assez vives douleurs dans la région hypogastrique. Eh bien! Messieurs, lorsque les malades se présentent à nous avec cet ensemble

de symptômes, nous pouvons en conclure, neuf fois sur dix, surtout si elles sont jeunes, que leurs souffrances et leurs pertes sont liées à l'existence d'une ulcération du col.

Souvent l'on constate chez certaines femmes un état granuleux du col qui n'entraîne que bien peu de troubles dans la santé générale. La muqueuse cervicale n'a pas perdu l'aspect poli que lui donne son revêtement épithélial, et vous pouvez le constater en passant sur elle le crayon de nitrate d'argent; si la surface est sèche, vous ne lui donnerez pas cette coloration blanchâtre que produit la cautérisation avec ce sel sur les tissus dépouillés de leur épithélium; ces granulations, très-souvent confluentes, peuvent simuler une érosion, mais vous ne vous tromperez jamais, en employant le moyen de diagnostic que je vous propose ici; toutefois, des granulations à l'érosion et à l'exulcération il n'y a qu'un pas, et ces ulcérations granuleuses, plus ou moins profondes, s'accompagnent presque toujours de leucorrhée et de quelques symptômes accusant soit un peu d'engorgement utérin, soit même un certain degré de métrite, souvent localisée à la muqueuse du col. Tantôt l'ulcération occupe les lèvres du museau de tanche et se termine par un bord sinueux et irrégulier près de l'orifice externe; tantôt elle se prolonge dans la cavité du col, ce que vous constaterez après avoir enlevé, avec un pinceau, le bouchon albumineux qui en masque si fréquemment l'entrée. Ces ulcérations saignent parfois au moindre contact, à la suite du coït ou après les examens au spéculum, surtout si elles reposent sur un organe mou, gonflé, congestionné; à plus forte raison voit-on survenir, dans les mêmes circonstances, un écoulement sanguin assez abondant, lorsque les ulcérations sont fon-

gueuses ; mais, quels que soient leur nature et leurs caractères, les ulcérations du col sont pour la muqueuse cervico-utérine et même utérine une cause de fluxion permanente qui, jointe à la fluxion périodique, produit de véritables ménorrhagies.

Les *fongosités utérines*, qui ne sont que des granulations à leur puissance la plus élevée, donnent lieu aux mêmes accidents aggravés, c'est-à-dire qu'aux ménorrhagies, en général très-abondantes, succèdent des pertes dans l'intervalle des époques menstruelles. Ce sont ces fongosités utérines, qu'on peut souvent diagnostiquer en se fondant sur les hémorrhagies et sur les caractères de l'ulcération du col, que Récamier enlevait avec sa curette, opération qui n'est pas sans danger, et qu'on a remplacée avec avantage par la cautérisation intra-utérine.

Il y a, Messieurs, une pratique banale qui consiste à cautériser superficiellement avec le nitrate d'argent presque toutes les ulcérations granuleuses du col, sans tenir compte ni de l'état de l'utérus, ni du prolongement de l'ulcération dans le canal cervical. Or, il faut bien savoir que ces cautérisations sont, la plupart du temps, tout à fait insuffisantes, car il est certain qu'il faut faire une large part à la métrite ou à l'engorgement utérin, dans l'étiologie des ulcérations du col.

La cautérisation intra-utérine nous paraît modifier très-heureusement l'inflammation chronique de la muqueuse, et vous avez pu voir que nous n'hésitons pas à la pratiquer souvent. Cette petite opération, sur l'innocuité de laquelle M. Richet insiste tant, n'est suivie que de quelques douleurs et d'un léger écoulement sanguin ; si on la fait au moment des pertes, celles-ci peuvent augmenter dans les premiers jours, mais cette hémorrhagie n'est jamais inquié-

tante, et nous dirons même que l'efficacité du traitement s'affirme par la réaction qu'il produit; les accidents sont tout à fait exceptionnels. La cautérisation profonde combat l'engorgement utérin et guérit en peu de temps les ulcérations les plus rebelles, lorsqu'elles reconnaissent uniquement pour cause la congestion de l'organe. Il est même intéressant, quand on fait la cautérisation intra-utérine, de ne pas porter le crayon sur l'ulcération extérieure; on voit celle-ci se cicatriser d'elle-même, sans être traitée directement.

Si vous croyez devoir limiter l'action du caustique à l'ulcération du col, je ne saurais trop vous recommander, Messieurs, un *modus faciendi* qui abrégera beaucoup la durée de la maladie. Il y a quelques jours, est venue à la consultation une jeune femme portant sur le col une ulcération granuleuse type, analogue dans son aspect à ces plaies consécutives à une brûlure au second degré, c'est-à-dire ayant intéressé la portion superficielle du derme. Sa surface était recouverte par une couche de liquide filant légèrement trouble, qu'il m'a fallu enlever non sans quelques difficultés avec un pinceau de charpie. L'ulcération se prolongeait dans le col, et vous m'avez vu enlever le bouchon albumineux qui obstruait l'orifice avec un bâton très-mince autour duquel était enroulé une couche peu épaisse de coton. Cette précaution est indispensable, si l'on veut que la cautérisation ait une réelle utilité. Portez le crayon dans la cavité du col sans l'avoir vidé en quelque sorte, vous coagulerez l'albumine qu'elle contient, et ce sera là l'unique résultat de votre opération; enlevez au contraire la nappe de liquide qui recouvre l'ulcération, dussiez-vous pour cela faire saigner un peu la muqueuse dépourvue d'épithélium, vous aurez alors la certitude que

le caustique aura porté sur les tissus que vous voulez modifier.

Notre malade nous a avoué que son médecin l'avait cautérisée au moins vingt fois sans obtenir la plus légère amélioration ; je m'explique son insuccès en songeant que, suivant toute probabilité, il n'aura cautérisé que du liquide, et je suis convaincu que grâce au soin que nous avons apporté à cette petite opération, vous ne tarderez pas à voir une ulcération, en apparence si rebelle, marcher rapidement vers la cicatrisation. Une dernière recommandation que je désirais vous faire, est de ne pas trop rapprocher les cautérisations intra-utérines ou autres ; il est important de laisser aux eschares le temps de s'éliminer, et il est nuisible d'irriter trop souvent les bourgeons charnus par des cautérisations qui détruisent le vernis épithélial destiné à constituer la jeune cicatrice.

Mon intention est surtout de vous entretenir aujourd'hui, Messieurs, de l'affection qui donne lieu aux pertes les plus considérables et qui est sans aucun doute la cause la plus fréquente des métrorrhagies ; je veux parler des *corps fibreux utérins ;* aux corps fibreux se rattachent les *polypes fibreux* qui n'en sont qu'une variété, mais j'en distinguerai les *polypes glandulaires*, qui, ainsi que nous l'a montré M. Huguier, résultent de l'hypertrophie et de la transformation kystique des glandes englobées dans la muqueuse utérine.

Ces follicules dilatés par l'accumulation d'un liquide muqueux se pédiculisent plus ou moins, aux dépens de la muqueuse et même de quelques-unes des fibres musculaires de l'utérus, et peuvent siéger soit dans la cavité utérine ou dans celle du col, soit enfin sur les lèvres du museau de

tanche. Ces polypes, qui diffèrent les uns des autres sous quelques rapports et ont été décrits sous les noms de *polypes vasculaires*, *cellulo-vasculaires*, *utéro-folliculaires*, ont pour conséquence habituelle de donner lieu à des ménorrhagies plus ou moins abondantes; je vous les signale en passant, sans vouloir insister sur ce sujet; ils sont incomparablement plus rares que les polypes fibreux dont deux de nos malades nous fournissent des exemples intéressants.

Bayle, un des premiers, donna une bonne description de ces productions en apparence fibreuses, arrondies, plus ou moins isolées, que l'on rencontre si fréquemment dans le tissu de la matrice; il les appela corps fibreux, en se fondant sur leur structure. Longtemps, en effet, on n'admit dans ces tumeurs que l'existence de tissu fibreux, et la dénomination proposée par Bayle est encore adoptée aujourd'hui dans le plus grand nombre des ouvrages classiques. Les corps fibreux sont très-denses en général, durs, élastiques, et d'une couleur nacrée et rosée lorsqu'ils n'ont pas subi d'altérations; ils sont constitués par un entrecroisement, un feutrage de fibres affectant volontiers une disposition circulaire autour de certains centres ou de points de convergence. Bien que l'aspect de ces tumeurs soit à peu près celui des fibromes, leur composition histologique n'est pas aussi simple, et M. Lebert découvrit, en 1852, qu'elles contenaient une grande quantité de fibres musculaires lisses; dès lors le nom de corps fibreux semblait consacrer et consacrait, en effet, une inexactitude anatomique; aussi M. Broca lui a-t-il susbstitué la dénomination d'*hystérome*, indiquant une analogie de structure entre la tumeur et le tissu même de l'utérus. Virchow a généralisé davantage et a fait rentrer les anciens corps fibreux dans

une grande classe de tumeurs formées de fibres musculaires lisses qui peuvent se développer aux dépens des fibres-cellules de divers organes, de la prostate, de l'estomac, des intestins, du vagin, etc., et qu'il désigne sous le nom de *myomes*. Les myomes utérins, qui contiennent du tissu conjonctif et dont les éléments fondamentaux sont réunis, suivant M. Robin, par une matière amorphe finement granuleuse, présentent une consistance variable suivant la densité du tissu connectif et l'abondance de la matière amorphe : d'où la division en myomes mous, myomes durs, fibro-myomes, qui marque non une différence capitale dans la nature des éléments anatomiques, mais une proportion variable des fibres de tissu conjonctif et des fibres musculaires. Peu vasculaires, en général, ces tumeurs peuvent cependant contenir des vaisseaux et surtout des veines très-dilatées ; elles sont susceptibles d'acquérir ainsi une sorte d'érectilité, d'où peut résulter, par le fait d'une congestion active, une augmentation notable de volume ; aussi Virchow a-t-il décrit cette variété de myomes sous le nom de *myomes télangiectasiques* ou *caverneux*.

Les corps fibreux peuvent se développer dans tous les points de l'utérus, mais ils affectent certains siéges de prédilection, et, suivant M. Houel, ils naissent, par ordre de fréquence, de la paroi postérieure, du fond, de la paroi antérieure et du col ; je vous parlerai de ces derniers en vous rapportant l'observation d'une malade sortie depuis quelques jours de notre service, mais que vous avez pu examiner.

Bayle, le premier, a divisé les corps fibreux en trois classes, suivant qu'ils sont situés entre le tissu fibreux de la matrice (on ne connaissait pas alors sa structure musculaire) et la surface péritonéale, dans l'interstice des élé-

ments de l'organe, ou sous la muqueuse; il créa ainsi la classe des polypes fibreux, en prouvant leur identité de structure et d'origine avec les corps fibreux proprement dits. Cette division peut et doit être conservée, et nous admettons : des *myomes intramusculaires* ou *interstitiels*, et des *tumeurs extramusculaires sous-séreuses* ou *sous-muqueuses*.

Les corps fibreux interstitiels sont ceux qui, nés dans la paroi utérine, ne se sont pas pédiculisés vers la cavité péritonéale ou vers la cavité utérine, bien qu'ils puissent former des bosselures, des reliefs plus ou moins accusés dans l'une ou l'autre direction. Les tumeurs extramusculaires, nées parfois sous le feuillet séreux ou sous la muqueuse, sont cependant revêtues presque toujours par une couche mince de fibres utérines; mais, suivant leur siége, elles tendent à s'accroître dans le sens où elles rencontrent le moins de résistance. Elles se séparent du tissu de l'utérus en se formant un pédicule plus ou moins long et épais, aux dépens du péritoine ou de la muqueuse, pédicule qui contient souvent des fibres musculaires et des vaisseaux servant à la nutrition de la tumeur.

De nombreuses statistiques, Messieurs, établissent que c'est surtout dans la période d'activité utérine, de vingt à cinquante ans, que les corps fibreux donnent lieu à des accidents sérieux, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne puissent pas se développer à tout âge. S'ils sont rares avant l'époque de la menstruation, rien n'est plus habituel au contraire que d'en trouver un ou plusieurs de volumes divers dans l'utérus des vieilles femmes; aussi Bayle et M. Cruveilhier les considèrent-ils comme l'apanage de la vieillesse; nous verrons seulement qu'après la ménopause, ils ne donnent qu'exceptionnellement lieu à ces symptômes

si graves qui nous indiquent leur présence chez les femmes menstruées.

La malade qui est couchée au n° 11, et qui vous offre un exemple des accidents produits par les polypes fibreux utérins, est âgée de vingt-huit ans et se trouve par conséquent dans cette période d'activité utérine dont je vous parlais. La menstruation s'est établie chez elle à quinze ans sans difficulté, mais les règles survinrent toujours irrégulièrement et se firent remarquer par leur abondance un peu exagérée ; à vingt ans, un an après son mariage, la malade les vit s'arrêter brusquement à la suite d'un bain froid, et elles ne reparurent que dix mois après ; une grossesse survint alors, et neuf mois après l'accouchement qui se termina heureusement, l'écoulement périodique se rétablit. La santé générale fut parfaite jusqu'à il y a cinq ans, époque où débutèrent des pertes abondantes et presque continuelles. De temps en temps l'écoulement sanguin diminuait, puis s'arrêtait quelques jours pour reparaître de nouveau, mais non à des époques déterminées ; il y avait là tout à la fois ménorrhagie et métrorrhagie, et la malade se trouvait dans l'impossibilité de constater une périodicité quelconque dans ces flux irréguliers qui ne s'accompagnaient du reste d'aucune douleur, mais avaient causé à la longue un état anémique assez inquiétant.

Je fus consulté, il y a un an, et constatai entre les lèvres du col l'existence d'un polype fibreux pédiculisé que j'enlevai au moyen d'un serre-nœud ; depuis cette époque, la malade subit quelques cautérisations pour des ulcérations assez rebelles du col qui ont fini par disparaître, mais les pertes n'ont pas cessé. Aujourd'hui cette femme se trouve dans l'état suivant : elle est pâle ; ses lèvres sont décolorées et son teint est d'une blancheur cireuse. Elle souffre de maux

de tête et se sent très-affaiblie, mais ses fonctions digestives ne sont pas troublées et bien qu'elle ait beaucoup maigri, elle est encore assez grasse. Elle perd toujours du sang, mais en petite quantité, et de temps en temps l'hémorrhagie s'arrête huit, dix ou quinze jours. Cet intervalle suffit pour permettre aux forces de revenir; la peau se colore, la céphalalgie disparaît; en un mot l'organisme habituellement déprimé se relève avec une grande rapidité. Ce mieux n'est malheureusement que temporaire et bientôt reviennent, avec de nouvelles hémorrhagies, l'anémie et son cortége de symptômes. La palpation, combinée au toucher vaginal, ne nous fournit que peu de renseignements utiles. L'utérus est un peu gros et légèrement sensible à la pression, mais il est parfaitement mobile. Le col est petit, un peu mou, son orifice externe est fermé; on ne constate sur le museau de tanche ni granulations, ni irrégularités, ni ulcérations. Seul le cathétérisme utérin peut nous donner une indication de quelque valeur; il nous apprend que la cavité utérine mesure 67 millimètres et la sonde est assez mobile pour que nous admettions une augmentation du diamètre transversal de l'organe. Cet agrandissement de la cavité utérine a été noté dans certains cas, et ici il est nécessaire d'en tenir compte; le diamètre vertical de la cavité utérine, d'après les recherches de M. Richet, confirmées par M. Guyon et d'autres auteurs, est normalement de 60 millimètres chez les femmes qui ont eu des enfants; il augmente au moment de la menstruation, et notre malade se trouve constamment dans les conditions d'une femme menstruée; il n'est donc pas étonnant de constater une augmentation de la capacité utérine, mais il faut savoir que les corps fibreux s'accompagnent souvent de cette dilatation de la cavité de l'utérus. Tantôt celle-ci est

rendue irrégulière par la présence de polypes ou par la saillie que forment des corps fibreux interstitiels, tantôt elle est allongée par l'espèce de traction exercée sur le fond par des myomes sous-séreux. Le cathétérisme permet parfois de reconnaître l'irrégularité des parois et la présence des corps qu'elles peuvent contenir, mais chez notre malade il ne nous en fait pas soupçonner l'existence, et le toucher vaginal ou rectal ne nous fait pas sentir ces bosselures de la face antérieure ou postérieure du corps, caractéristiques de l'existence de productions pathologiques. L'utérus présente sa direction normale; or vous savez que rien n'est plus fréquent que les flexions soit en avant, soit latéralement, soit surtout en arrière, suivant le siége des myomes intra-musculaires qui, par leur poids, entraînent la matrice du côté où ils se sont développés et le plus souvent dans le cul-de-sac recto-utérin.

Le col fermé et parfaitement régulier nous permet d'affirmer qu'il n'est le siége d'aucun polype, et si la cavité du corps en contenait un, celui-ci ferait effort de temps en temps pour s'échapper, en dilatant les orifices, comme le produit de la conception dans l'accouchement. Souvent, en effet, les polypes implantés soit sur le fond, soit sur les parois de la face interne de l'utérus, tendent, après être restés plus ou moins longtemps enfermés, à se faire jour au dehors ; ils descendent peu à peu, pressent sur l'orifice interne du col et s'engagent dans cet étroit défilé qui se moule sur leur surface ; l'orifice externe se dilate à son tour et le doigt peut alors sentir la tumeur et en apprécier le volume, la forme et la consistance ; plus tard le polype vient faire hernie dans le vagin, soit en totalité, ne laissant que son pédicule entre les lèvres du museau de tanche, soit en partie, une moitié de la tumeur

demeurant dans la cavité utérine, séparée de l'autre par un rétrécissement circulaire qui répond à l'orifice interne dont le sphincter se contracte énergiquement. C'est dans ces cas qu'on a vu se produire un renversement du fond de l'utérus, lorsque c'est sur ce point que s'implante le polype; il faut toujours songer, Messieurs, à la possibilité de cette complication, car si vous opériez sans précaution la destruction du pédicule dont la base se confond avec la paroi de l'organe, vous courreriez le risque d'entrer dans le péritoine, d'autant plus que l'utérus est souvent très-aminci au point d'implantation. Vous reconnaîtrez le renversement à l'aide de la sonde dont le bec pénétrera presque au niveau du col dans un cul-de-sac circulaire, et qui vous révèlera en outre une sensibilité assez vive de cette soit-disant portion de pédicule ou de polype.

Cette descente des corps fibreux ne doit pas nous étonner si nous songeons qu'ils jouent en réalité le rôle de corps étrangers susceptibles de provoquer des contractions utérines énergiques, à la fois causes et effets d'une hypertrophie du tissu musculaire de l'organe; ces contractions s'accompagnent des phénomènes sympathiques de la grossesse et de douleurs expulsives analogues à celles de l'accouchement, et elles aboutissent finalement, dans certains cas, à l'expulsion du polype dont le pédicule se rompt. C'est là une terminaison heureuse de la maladie. Je me rappelle une femme du service de Velpeau chez laquelle j'avais senti et fait sentir aux élèves un polype engagé dans le col et qui en accoucha brusquement en une nuit.

N'allez pas croire cependant, Messieurs, que tout polype engagé, suivant une expression usitée dans le langage des accoucheurs, soit destiné à être expulsé. Parfois,

lorsque les contractions utérines cessent, il remonte dans la cavité et le col se referme; il cesse alors d'être accessible et si vous examiniez une femme dans l'intervalle qui sépare ces apparitions de la tumeur, vous pourriez méconnaître l'existence du myome et croire à l'erreur d'un confrère qui l'aurait affirmée d'après les signes fournis par le toucher et l'examen au spéculum. Cette apparition intermittente des polypes intra-utérins est assez fréquente; signalée déjà par Sabatier, elle a été décrite par Ramsbotham, Aran et tous les gynécologues, et O. Larcher en a réuni dans un mémoire récent un très-grand nombre d'observations. Ne vous contentez donc pas d'examiner une fois une femme chez laquelle vous soupçonnerez un corps fibreux, renouvelez vos explorations aux époques menstruelles et même au moment des métrorrhagies qui surviennent entre elles; c'est alors qu'apparaissent les tranchées utérines, les contractions qui tendent à expulser le polype; le col se ramollit, s'entr'ouvre et la tumeur vient souvent faire saillie entre les lèvres du museau de tanche, en général lentement, parfois plus brusquement, pour remonter ensuite et se dérober à vos investigations.

Hier encore j'ai eu occasion de donner des soins à une dame dont l'utérus contient un polype que j'ai trouvé proéminent entre les lèvres du col, j'ai nettement senti sa surface lisse, régulière, et sa consistance ferme insi que le sillon peu profond qui le limitait; la malade avait de violentes douleurs expulsives et perdait du sang abondamment.

Chez la malade de notre service, nous ne constatons aucun de ces signes physiques sur lesquels je viens d'appeler votre attention; pas de ramollissement notable et de dilatation du col, ni de polype accessible au toucher,

pas de déviation utérine, pas de bosselures du col, des faces ni du fond de l'organe; nous ne notons qu'un agrandissement de la cavité utérine, sans que l'hystéromètre nous révèle la présence d'une production morbide quelque petite qu'elle soit. Devons-nous donc conclure que nous n'avons pas affaire à un myome? Il est un point de la symptomatologie des corps fibreux que j'ai avec intention passé jusqu'à présent sous silence et qui cependant est capital, je veux parler de la métrorrhagie et des troubles de la menstruation. Notre malade, vous l'avez vu, a toujours été abondamment et irrégulièrement réglée; depuis cinq ans elle est affaiblie par des pertes qui ne discontinuent pas et qui, symptomatiques d'un polype que j'ai enlevé, n'ont pas été arrêtées par l'opération. Nous sommes, croyons-nous, en droit de craindre que son utérus ne contienne un ou plusieurs petits myomes interstitiels, car rien n'est plus ordinaire que la multiplicité des corps fibreux à divers états de développement, et destinés à grossir les uns après les autres en se portant dans divers sens. Je sais que parfois les corps fibreux ne sont la source d'aucun accident et ne se trahissent pendant la vie par aucun symptôme, néanmoins le premier signe qui accuse leur présence est presque toujours la métrorrhagie ou la ménorrhagie; quelquefois ce sont des troubles de la miction, de la dysurie ou de la rétention d'urine qui attirent l'attention des malades, et l'on n'a pas d'ailleurs remarqué que ces troubles soient en rapport avec le siége de la tumeur dans les parois antérieures de l'utérus. M. Guyon a rapporté en 1868, à la Société de chirurgie, l'observation d'une femme qui portait un corps fibreux développé dans la paroi postérieure de l'utérus et qui fut prise de rétention d'urine

quelques jours avant l'apparition de l'écoulement menstruel. M. Bailly, dans la séance suivante, cita de son côté un exemple de rétention d'urine survenue trois fois dans les mêmes conditions, c'est-à-dire au moment des règles et produite par un corps fibreux sous-péritonéal ou peut-être aussi par un myome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus; cette rétention était complète et s'accompagnait d'une rétroversion temporaire de la matrice; ces faits sont toutefois exceptionnels et, en général, ce sont des troubles de la menstruation qui constituent les premiers signes rationnels de la maladie.

Nous avons vu que la plus grande fréquence des corps fibreux correspondait à l'époque de l'activité utérine; il arrive souvent qu'aux époques menstruelles, les myomes semblent augmenter de volume et devenir plus durs; ce fait a été noté par M. Guyon dans son observation, et je tiens de mon collègue, M. Bourdon, que dans un cas de myome sous-péritonéal largement implanté sur le fond de l'utérus, la tumeur s'élevait notablement dans la cavité abdominale au moment des règles; toutefois peut-être n'était-ce là qu'un soulèvement du corps fibreux, lorsque l'utérus congestionné augmentait de volume et non une turgescence de la tumeur elle-même. Quelle que soit du reste la part que prennent les myomes à la fluxion mensuelle de l'utérus, il n'en est pas moins vrai qu'ils se manifestent par les symptômes suivants : les règles commençent par être plus abondantes que de coutume et par se prolonger davantage; c'est ce que les malades remarquent, en disant qu'elles se rapprochent; en effet, on ne peut plus distinguer bientôt les hémorrhagies qui sont liées à la menstruation de celles qui surviennent entre la rupture des vésicules de de Graaf, et à part quel-

ques jours de repos, les pertes finissent par être presque continuelles, comme nous l'avons observé chez notre malade. Rarement les accidents produits par les corps fibreux débutent par une *hémorrhagie survenant brusquement entre les époques*.

On peut dire que si les pertes sont remarquables par leur continuité, elles ne sont pas toujours très-abondantes; tantôt il sort de l'utérus des caillots et un sang rouge et couenneux, tantôt c'est un simple suintement d'un sang pâle et séreux, surtout chez les femmes profondément anémiées, comme celle dont nous nous occupons. Les hémorrhagies ne sont pas, du reste, en rapport constant avec le volume du corps fibreux; les plus abondantes peuvent être causées par de petits myomes intra-musculaires, et les gros hystéromes sous-péritonéaux n'ont que peu de retentissement sur les fonctions de l'utérus; tous les détails que je vous ai donnés ont donc trait presque exclusivement aux tumeurs interstitielles et aux polypes fibreux proprement dits. Ces polypes donnent lieu à des hémorrhagies moins graves que les myomes intra-pariétaux, par ce fait que leur expulsion peut venir mettre fin aux accidents, mais ce qui domine l'étiologie des pertes utérines dans les cas de corps fibreux, c'est évidemment ce qu'on a appelé l'*idiosyncrasie*, la disposition particulière des malades. Telle malade perdra peu avec un gros polype, telle autre, ne portant dans l'utérus que de petits corps fibreux, sera sujette au contraire à des hémorrhagies qui mettront promptement ses jours en danger.

Il est une circonstance heureuse, Messieurs, pour un grand nombre de femmes, c'est l'approche de la ménopause. Si elles résistent aux flux sanguins qui redoublent si souvent à cette époque, il semble qu'elles aient touché

le port, et les accidents diminuent et peuvent même cesser complétement quand l'utérus entre dans sa période de repos physiologique. Non-seulement les corps fibreux ne sont plus alors une source d'hémorrhagie dans certains cas, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent plus provoquer la congestion utérine sous l'influence de laquelle la muqueuse exhale le sang, non-seulement ils ne s'accroissent plus, comme chez les femmes jeunes et menstruées, mais encore les myomes, s'ils n'ont pas été expulsés, sont susceptibles de diminuer, sinon de disparaître; ils subissent une régression graisseuse dans leurs éléments musculaires, et il ne reste plus qu'une certaine quantité de tissu connectif doué d'une faible vitalité, mais incapable d'être résorbé. C'est aussi chez les femmes âgées de cinquante ans et plus, que Louis a trouvé ces calculs utérins, plus fréquents dans les corps fibreux sous-péritonéaux que dans les myomes interstitiels et très-rares dans les polypes. Ces calculs ne sont autre chose qu'une crétification des tumeurs, et apparaissent sous forme de masses poreuses, sans structure osseuse à proprement parler, souvent multiples et sans connexion avec le tissu utérin.

J'ai surtout insisté, Messieurs, sur les terminaisons favorables des corps fibreux; je ne vous décrirai pas tous les accidents qui peuvent amener la mort. Les myomes interstitiels provoquent parfois autour d'eux une suppuration qui amène la perforation de l'utérus et une péritonite, et M. Loir a cité un exemple de perforation de la paroi antérieure de l'organe et de la paroi abdominale; les polypes peuvent aussi pénétrer dans le rectum ou le comprimer au point d'interrompre le cours des matières fécales; ils peuvent détruire la cloison vésico-vaginale et même la paroi antérieure de la vessie pour venir se mettre en contact

avec la symphyse du pubis, etc., mais les malades succombent le plus habituellement à la durée ou à l'abondance d'hémorrhagies d'autant plus redoutables, que trop souvent la chirurgie est impuissante à délivrer l'utérus des tumeurs qui en sont la cause. Sans parler des polypes qui sont accessibles, les corps fibreux dont il est parfois possible de pratiquer l'extirpation sont ceux qui se sont développés dans l'interstice des fibres du col.

Permettez-moi de vous rapporter ici l'observation d'une emme sortie récemment de nos salles, mais que vous vous rappelez peut-être. C'était une femme de quarante-neuf ans, qui n'avait jamais été mariée et qui jusqu'à trente ans avait été réglée très-irrégulièrement; le sang était pâle et l'écoulement peu abondant; à trente ans la menstruation devint normale et la santé se maintint assez bonne jusqu'à quarante-cinq ans. A partir de cette époque, la malade commença à perdre abondamment tous les mois et à éprouver de violentes douleurs au moment de la fluxion menstruelle; les règles revenaient toutes les trois semaines, et dans l'intervalle existait de la leucorrhée. Du 24 juillet au 15 août de cette année, l'écoulement sanguin fut continu et très-abondant, la malade rendit des caillots, s'affaiblit, et entra à l'hôpital le 25 août. Depuis six ou sept ans elle est très-constipée et ne peut aller à la selle qu'à l'aide de lavements; nous lui trouvons une coloration jaune paille de la face, qui nous fait soupçonner de prime abord une affection cancéreuse, d'autant plus que la malade est maigre, décharnée et extrêmement faible. Nous l'examinons avec soin; son ventre est plat, et un peu sensible à la pression, l'utérus, facilement appréciable à la palpation, est petit et sans bosselures. Le toucher nous fait sentir dans le vagin

une tumeur peu éloignée de la vulve, du volume d'une boule de billard, un peu ovoïde, parfaitement régulière, sans saillies, sans bosselures, d'une dureté ligneuse, sans ulcération, recouverte par la muqueuse intacte, et qu'on peut contourner tout entière avec le doigt. Elle remplit le fond du vagin, et l'on pénètre dans les culs-de-sac sans difficulté ; à son sommet on constate une petite dépression, un orifice pouvant à peine admettre le bout d'une sonde et qui contient un petit caillot ; la tumeur est mobile, et, en la repoussant, on imprime des mouvements manifestes au corps de l'utérus dont les parois antérieure et postérieure sont saines. Le toucher rectal nous permet d'apprécier le degré de pression très-prononcée exercée par la tumeur sur le rectum. Cette femme est atteinte de myome du col utérin. Sous l'influence du repos et des toniques, la malade ne tarda pas à s'améliorer, les pertes devinrent moins abondantes, puis cessèrent, les douleurs diminuèrent, les forces revinrent, et cette femme put nous quitter le 3 octobre. A cette époque, la tumeur était notablement moins grosse que le jour où nous l'avions examinée pour la première fois.

Cette observation, Messieurs, est intéressante à plus d'un titre ; elle nous fournit d'abord un exemple de corps fibreux chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, et Bayle, J.-F. Meckel et M. Cruveilhier ont considéré le célibat et surtout l'infécondité comme une cause prédisposante de ces tumeurs. Les statistiques qui tendent à appuyer cette proposition ne me semblent pas cependant à l'abri de la critique, car il faudrait établir rigoureusement la proportion des vierges et des femmes déflorées qui ont présenté des corps fibreux, et de ce qu'une femme n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants, il ne s'ensuit pas qu'elle n'a pas

conçu; vous comprenez combien ces questions sont délicates à éclaircir.

Les myomes du col utérin sont relativement peu fréquents, les polypes surtout; on a cependant cité des cas de tumeurs pédiculées nées du point de jonction du corps et du col, et se portant à la fois en haut et en bas. Il ne faut pas confondre ces polypes avec les tumeurs interstitielles du col auxquelles se rapporte le cas dont nous nous occupons ici. Les myomes intramusculaires du col peuvent se développer : soit dans la portion sus-vaginale du col, et alors ils se portent le plus souvent vers la cavité utérine, ou se pédiculisent vers le cul-de-sac recto-utérin; soit dans la moitié vaginale, et on les voit proéminer dans le conduit musculeux, distendant régulièrement le col dont la cavité se trouve parfois oblitérée, ou produisant la distension d'une des lèvres du museau de tanche qui dépasse alors plus ou moins la lèvre opposée.

Ici le myome donne au col un aspect globuleux qui pourrait faire songer à cette hypertrophie partielle si bien décrite par M. Huguier, sous le nom d'*allongement hypertrophique du col*. Ce serait, dans le cas actuel, une hypertrophie de la portion sous-vaginale seulement, mais le col est trop volumineux, trop globuleux et trop dur pour que nous admettions une simple hypertrophie du tissu utérin. Dans cette affection, le col est le plus souvent allongé en forme de pénis, bien qu'il puisse revêtir les configurations les plus diverses. En outre, les hémorrhagies chez notre malade ont affecté le caractère de celles qui sont provoquées par les véritables myomes; nous croyons donc à la présence d'un véritable corps fibreux interstitiel, distinct de l'hypertrophie proprement dite en ce sens que la tumeur est contenue dans une espèce de kyste et généralement énu-

cléable; je pense qu'une incision cruciale permettrait de l'extraire facilement, et je ne puis m'empêcher de songer à l'opération de Blandin qui, dans un cas semblable, vit, après son incision, le corps fibreux s'échapper spontanément de sa coque comme une bille qui aurait été emprisonnée au milieu des fibres musculaires.

Vous vous demanderez peut-être, Messieurs, pourquoi je n'ai pas essayé d'imiter l'éminent chirurgien dont j'évoque le souvenir? Mais rappelez-vous ce que je vous ai dit de la marche des corps fibreux. Notre malade a quarante-neuf ans et approche de la ménopause; j'ai renouvelé mes explorations dans l'espérance qu'au moment des règles, le col s'entr'ouvrirait et me permettrait de confirmer mon diagnostic par un examen plus complet; il n'en a rien été, loin de là. Les pertes ont cessé, sous l'influence du repos la tumeur a diminué et je considérerais comme une imprudence de réveiller par une opération un organe qui semble s'assoupir; j'ai donc espéré que le myome s'atrophierait et que la nature se chargerait de compléter la guérison.

Si les médecins méconnaissent souvent l'existence des corps fibreux, surtout quand ils ne déforment pas le col et ne sont pas accessibles au toucher, il arrive aussi fréquemment que nous sommes appelés pour pratiquer des opérations chez des femmes anémiées par d'abondantes hémorrhagies et atteintes, non pas d'un polype, mais d'*un cancer du col*. Lorsqu'une malade est jeune, a de trente à trente-cinq ans et n'est pas cachectique, on a de la peine à croire au développement d'un cancer, et cependant, combien n'ai-je pas vu de ces femmes dont la vie utérine était en pleine activité et qui offraient encore toutes

les apparences de la santé, entrer à la Salpêtrière avec des cancers utérins qui ne tardaient pas à les emporter. C'est un diagnostic parfois de la plus extrême difficulté que celui *des cancers utérins au début.* Au n° 22 de notre salle est couchée une malade âgée de quarante ans, d'un tempérament nerveux au suprême degré, s'inquiétant de la moindre douleur et en éprouvant beaucoup, se plaignant de névralgies iléo-lombaires et intercostales, de gastralgie, etc.; en un mot, c'est une de ces natures dont l'exaltation naturelle est poussée presque jusqu'à la folie par les souffrances qui se lient chez quelques femmes à certaines affections utérines.

Cette malade, lorsqu'elle s'est présentée à la consultation, a raconté avec volubilité qu'elle avait eu neuf enfants, qu'elle souffrait partout, qu'elle perdait tout son sang depuis six mois, et que les hémorrhagies n'étaient séparées que par de courts intervalles pendant lesquels les pertes rouges étaient remplacées par des pertes blanches abondantes et fétides. Un de mes internes, après avoir reconnu rapidement par le toucher la situation du col, précaution indispensable pour le saisir sans difficulté avec le spéculum, constata, après l'application de l'instrument, que les lèvres du museau de tanche étaient turgescentes, gonflées, violacées, et portaient une ulcération circulaire rougeâtre, fongueuse et saignante; l'utérus était gros et un peu douloureux à la pression. On prescrivit du repos, des ventouses scarifiées à l'hypogastre, des cataplasmes, et l'ulcération fut considérée comme une de celles qu'il faut cautériser au fer rouge quand les symptômes inflammatoires sont un peu calmés. Quelques jours après, la malade entra dans nos salles, et à la visite je la touchai. Je fus frappé de l'état du col, je le trouvai volumineux, dur par place et les lèvres me

parurent irrégulières et bosselées. L'examen était très-douloureux et le liquide purulent qui restait attaché à mon doigt exhalait une odeur d'une fétidité toute spéciale. Je me crus en droit d'émettre l'opinion que l'ulcération était peut-être de mauvaise nature et que nous avions affaire à un cancer au début. Le lendemain je visitai la malade au spéculum et j'éprouvai la même impression que mon interne, l'ulcération me sembla de nature bénigne et j'hésitai à maintenir mon diagnostic. La femme fut mise en observation; le repos complet, l'emploi de quelques purgatifs, etc., amenèrent une amélioration notable des symptômes; l'ulcération elle-même se modifia favorablement. Aujourd'hui il n'est pas douteux que ces duretés du col, ces bosselures ne soient le résultat des nombreuses déchirures produites par neuf accouchements; si nous avions eu affaire à un cancer, celui-ci aurait marché ou du moins serait resté stationnaire; l'ulcération doit être considérée comme de nature bénigne.

Je voulais vous rapporter ce fait, Messieurs, pour vous mettre en garde contre les erreurs si faciles à commettre au début des affections cancéreuses du col. Celles-ci ont des caractères qui ne trompent personne, quand elles sont avancées, mais c'est dès le principe qu'il faut les reconnaître et les dénoncer à la famille des malades. On vous saura toujours gré d'une affirmation faite hardiment, et quelque désespérante qu'elle soit, si elle est juste, alors que la plupart de vos confrères resteront dans le doute et que leur incertitude se trahira par leur hésitation à se prononcer. Il est bien entendu que le fait même auquel je fais allusion vous prouve aussi qu'on ne doit affirmer qu'en pleine et entière connaissance de cause, sous peine d'être taxé avec raison de légèreté.

Les cancers des femmes jeunes marchent souvent avec une rapidité surprenante, et sont en cela très-différents des cancers de l'utérus chez les femmes âgées. A l'époque de la ménopause, je vous ai dit qu'il survenait des ménorrhagies, la cessation des règles, comme leur apparition, s'accompagnant d'une sorte d'hésitation de l'utérus et d'une fluxion, soit insuffisante, soit exagérée de la muqueuse. Si un ou deux mois après le flux qu'on croit être le dernier une hémorrhagie survient, celle-ci peut être liée à la rupture d'une vésicule de de Graaf attardée, et ne doit pas vous inquiéter, mais que des hémorrhagies irrégulières se montrent chez des femmes qui ne sont plus réglées depuis longtemps, et vous devrez craindre alors, non pas en général l'existence d'un corps fibreux, mais le début d'un cancer. Le cancer épithélial, le cancroïde du col caractérisé souvent par des végétations, par des choux-fleurs qui sont suspendus au col comme à un pédicule, est une des formes qui donne lieu aux hémorrhagies les plus abondantes. L'examen au spéculum peut suffire pour les provoquer, aussi faut-il ne le pratiquer que si le toucher ne vous éclaire pas suffisamment. Il m'est arrivé au début de ma carrière de voir survenir, dans mon cabinet, après une exploration de ce genre, des pertes épouvantables qui peuvent aussi se déclarer brusquement pendant la marche, lorsque les malades rentrent chez elles; c'est donc chez elles que vous devez examiner les femmes au spéculum, lorsqu'elles sont atteintes d'un cancer du col.

Il y a, Messieurs, une forme de squirrhe de l'utérus que je veux vous signaler tout particulièrement parce qu'elle est souvent méconnue, bien qu'elle ne soit pas très-rare; j'ai appris à la connaître chez M. Nélaton et chez mon ex-

cellent maître M. Gosselin; on peut lui donner le nom de *cancer évidant*. Le col est intact en apparence, sa surface est lisse et sa consistance est normale; il est souvent entr'ouvert, et le doigt rencontre parfois au centre de l'orifice externe une tumeur plus ou moins molle, que l'on est très disposé à prendre pour un polype glandulaire; cette tumeur peut être un cancer qui a évidé la cavité du col et même celle du corps de l'utérus comme on éviderait une poire en incisant la pulpe autour de la queue et en respectant la peau; ce cancer donne lieu à d'abondantes hémorrhagies, et le col restant longtemps sain, on croit volontiers à une affection bénigne, lorsque l'utérus n'est plus réduit qu'à une coque qui peut être très-mince et susceptible de se laisser perforer par la tumeur; si la péritonite, à laquelle succombent la plupart du temps les malades, n'est pas le résultat d'une perforation, elle peut survenir par propagation et débuter par une inflammation partielle de la séreuse, localisée d'abord dans le petit bassin, autour de l'utérus.

Je me suis trouvé, il y a quelques années, en présence d'un de ces *cancers évidants*, source d'hémorrhagies très-fréquentes depuis huit ou dix mois, et qui ne cessaient que dix jours au plus, de temps en temps. La malade ne souffrait pas, et, bien qu'elle fût très-anémiée, son état général était assez bon; je trouvai le col à peu près sain, mais le cathétérisme me révéla que la cavité utérine avait 12 centimètres de profondeur et était probablement très-large, car je pouvais imprimer à la sonde des mouvements très-étendus de circumduction. C'est dans ces cas qu'il faut pratiquer le cathétérisme avec de grandes précautions si l'on ne veut pas s'exposer à perforer la matrice avec l'instrument. Je diagnostiquai un *cancer évidant* avec

d'autant plus de certitude qu'il s'échappait du col un liquide ichoreux assez caractéristique, et mon opinion fut partagée par un de mes maîtres. L'issue malheureuse de la maladie me donna raison, et quinze jours environ avant la mort, il se développa sur la lèvre postérieure du museau de tanche une petite élevure rouge, vasculaire, molle, qui fit de rapides progrès et était le seul échantillon du cancer qui fût appréciable à la vue et au toucher.

Je ne veux pas vous parler, Messieurs, du traitement des métrorrhagies en général, il diffère suivant les lésions dont les pertes sont un des symptômes; mon seul désir était de passer brièvement en revue quelques-unes des affections qui donnent lieu aux hémorrhagies utérines. La thérapeutique des cancers utérins est bien pauvre en ressources, mais celle des corps fibreux est heureusement quelquefois efficace; j'espère vous en avoir dit assez pour vous faire entrevoir les indications qui doivent nous guider lorsque nous pouvons intervenir avec succès.

DOUZIÈME LEÇON

CORPS FIBREUX (SUITE). — KYSTES DE L'ORGANE DE WOLFF

Corps fibreux sous-péritonéaux. — Influence des corps fibreux sur la grossesse. — Kystes de l'organe de Wolff chez la femme.

MESSIEURS,

Je vous ai déjà dit quelques mots d'une malade qu'un de nos confrères nous avait adressée comme atteinte d'un kyste de l'ovaire, et qui est entrée à l'hôpital dans un état si grave qu'il n'était pas permis de songer à pratiquer une opération quelconque. Vous vous rappelez en outre que le cas ne nous a pas paru simple, et je vous l'ai cité pour vous mettre en garde contre ces soit-disant kystes de l'ovaire qui sont compliqués de productions de nature diverse, sarcomateuses ou carcinomateuses. Je ne me suis pas expliqué nettement sur le diagnostic de la tumeur, et cette réserve, je l'avoue hautement, tenait à l'incertitude où je me trouvais en l'absence de symptômes bien caractérisés. Ce que j'affirmais, c'est que les lésions étaient complexes et que la malade se trouvait dans une situation désespérée. Les événements m'ont donné raison sur ce point, et l'autopsie que nous avons pratiquée hier me fournit l'occasion de compléter l'histoire des corps fibreux utérins dont je vous ai entretenus dans notre dernière réunion.

La malade avait quarante et un ans; elle était entrée à l'hôpital le 17 octobre et occupait le n° 5 de notre salle. Jusqu'en 1870, elle avait joui d'une très-bonne santé, elle était grasse, vigoureuse et son unique maladie avait été une fièvre typhoïde contractée à l'âge de seize ans. La menstruation avait toujours été régulière; mariée à vingt ans, la malade avait fait il y a seize ans une fausse couche et depuis lors n'avait jamais été enceinte; au mois de juin de l'année dernière, elle ne vit pas venir ses règles qui ne reparurent qu'en septembre, et au mois de juillet elle s'aperçut que son ventre grossissait sans remarquer que ce fût d'un côté plus que de l'autre.

Pendant le siége, cette femme se fatigua beaucoup et les stations prolongées qu'elle faisait à la porte des boucheries furent, suivant elle, la cause des quelques douleurs qu'elle ressentait à l'hypogastre et qui étaient assez vives à l'époque des règles survenant alors avec une grande régularité, mais plus abondantes de mois en mois. Ces pertes, auxquelles se joignaient quelques hémorrhagies dans leur intervalle, ne tardèrent pas à produire de la faiblesse et un certain degré d'amaigrissement. Au mois de juin de cette année, les écoulements sanguins périodiques s'arrêtèrent définitivement et la malade ne se croyant pas arrivée à l'époque de la ménopause se crut enceinte, d'autant plus que son ventre continuait à se développer. Elle conservait néanmoins quelques doutes sur la réalité de sa grossesse, car les règles, après s'être d'abord arrêtées, avaient reparu trois mois après l'époque où le ventre avait commencé à augmenter de volume.

Au mois de juillet dernier, la malade remontait chez elle, lorsqu'elle ressentit dans le côté gauche une douleur aiguë

qui la força à garder le lit pendant quelques jours. Cette douleur était le début de ses souffrances ultérieures; à partir de cette époque, le ventre grossit de plus en plus et devint le siége de douleurs intolérables, l'amaigrissement augmenta rapidement, l'appétit disparut, des nausées et des vomissements survinrent, la marche fut impossible, une constipation opiniâtre s'établit et la miction fut profondément troublée; la malade urinait d'abord dix ou douze fois en vingt-quatre heures, puis, au moment des crises qui apparaissaient fréquemment, la vessie distendue par l'urine cessait de pouvoir se contracter, pour ne se vider que dans les périodes de calme.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, nous trouvons la malade dans l'état suivant: L'expression du visage est assez bonne, les traits ne sont pas grippés. L'embonpoint est suffisant, mais vous savez qu'il ne faut attacher à ce caractère qu'une importance relative, car une femme qui nous paraît encore très-grasse peut avoir beaucoup maigri. Le ventre est très-sensible à la pression et très-volumineux; l'ombilic est légèrement saillant, la peau est lisse et tendue; la percussion ne nous fait trouver de la sonorité qu'au-dessous de l'appendice xiphoïde, dans l'hypochondre gauche et dans les flancs; partout ailleurs matité absolue, depuis le mamelon droit jusqu'à l'hypogastre, sans qu'on puisse limiter le bord inférieur du foie. A la palpation, nous constatons l'existence d'une tumeur régulière, sans bosselures, très-dure, remplissant toute la cavité abdominale, située sur la ligne médiane, entourée par les intestins, et s'étendant du sternum à la symphyse pubienne; cette tumeur est trop volumineuse pour être mobile, en aucun point on ne constate de fluctuation et l'on n'éprouve pas cette sensation de

choc en retour que produit l'ébranlement d'un liquide dans une vaste cavité close. Au-dessus de la symphyse se voit une saillie ovoïde, fluctuante, comme surajoutée à la tumeur et formée par la vessie repoussée hors de la cavité pelvienne, ainsi que nous nous en assurons par le cathétérisme qui ne peut être effectué qu'en abaissant fortement le pavillon de la sonde dont le bec est dirigé en haut et en avant. Cette opération permet de vider complétement le réservoir urinaire qui contient une grande quantité de liquide; la malade n'urine qu'au prix de vives douleurs, souvent et en petite quantité; nous l'avons sondée régulièrement deux fois par jour jusqu'à sa mort, pour éviter d'augmenter la distension de l'abdomen en laissant du liquide séjourner dans la vessie. Constamment cette opération a procuré à la malade un soulagement immédiat. Par le toucher vaginal nous sentons en haut une masse dure assez irrégulière, immobile, oblongue d'avant en arrière et de droite à gauche. Le vagin est très-profond et pour atteindre le col il serait nécessaire de déprimer fortement le périnée; cette exploration produisant une douleur atroce, nous nous abstenons de compléter notre examen. Pour le même motif nous ne pratiquons pas le toucher rectal. Il est probable que le rectum est comprimé, car on n'obtient de selles qu'à l'aide de lavements quotidiens. La malade ressent dans l'abdomen des douleurs très-aiguës exaspérées par les moindres mouvements; elle est couchée dans le décubitus dorsal et ne se retourne dans son lit qu'avec les plus grandes précautions.

En présence d'un cas semblable, Messieurs, quel diagnostic devions-nous porter? M. Pajot qui eut la bonté de venir nous apporter le concours de son expérience, eut, en sa qualité d'accoucheur, le soin de s'assurer de prime abord

que nous n'avions pas affaire à une grossesse ; il ne put sentir le col utérin, mais une auscultation minutieuse ne lui révéla aucun bruit susceptible de lui faire soupçonner que la femme fût enceinte. Vous l'avez entendu insister sur la fréquence des erreurs de diagnostic commises par les hommes les plus prudents et les plus habiles, et il vous a fait remarquer qu'il était extrêmement difficile d'entendre les bruits du cœur du fœtus avant le cinquième mois ; il était donc possible que l'utérus fut gravide, car la menstruation était suspendue depuis quatre mois, mais rien ne pouvait nous en donner la certitude. Évidemment, en tout cas, la tumeur énorme dont nous cherchions à analyser la nature n'était pas un utérus distendu par le produit de la conception. M. Pajot s'arrêta comme moi à l'idée d'une affection cancéreuse ayant pour point de départ probable l'ovaire ; le développement rapide de la tumeur, les douleurs qu'elle provoquait, la fréquence de ces cancers de l'abdomen développés primitivement, soit dans les ovaires, soit dans les intestins, soit dans l'épiploon, et qui se généralisent si vite en se semant, comme le pense Virchow, sur tous les organes contenus dans la cavité péritonéale, tout enfin justifiait, je crois, l'opinion que nous avions adoptée. L'un de mes internes, M. Pozzi, aide d'anatomie de la Faculté, admit la possibilité d'un corps fibreux utérin en se fondant sur une observation personnelle, mais nous rejetâmes cette idée à cause de la marche si rapide de la maladie, de l'absence d'hémorrhagies et de l'intensité des douleurs.

Notre premier soin fut de combattre la péritonite partielle qui existait dans le flanc gauche. Les douleurs avaient redoublé en ce point depuis quelques jours, la malade vomissait facilement et nous tâchâmes de combattre l'in-

flammation par des frictions avec l'onguent napolitain belladoné et par des cataplasmes.

Nos soins furent inutiles et les accidents se précipitèrent; le 25 octobre la malade ne pouvait prendre que du bouillon glacé et du lait, tout autre aliment était vomi. Ses souffrances étaient affreuses, aucune position ne les diminuait; la malheureuse femme se levait sur son lit, s'accroupissait, se retournait dans tous les sens, en proie à une anxiété des plus vives. La dyspnée qui augmentait son martyre faisait craindre qu'elle ne succombât brusquement dans une de ces crises qu'on ne pouvait calmer qu'au moyen d'injections sous-cutanées de morphine à très-haute dose; enfin les membres inférieurs, la vulve, puis la paroi abdominale antérieure devinrent le siége d'un œdème qui ne fit que s'accroître jusqu'à la fin.

Le 2 novembre, on apprit à mon interne, au moment de la visite du soir, que la malade était accouchée; il se fit aussitôt montrer le fœtus et reconnut qu'il devait avoir à peine quatre mois. Il n'était du reste pas macéré, et le placenta était normal. La malade, après une crise plus violente encore que toutes les autres, s'était assoupie et n'avait perdu que peu de sang, mais la face était grippée et le pouls filiforme. La tumeur n'avait pas sensiblement diminué; la mort survint dans la nuit.

A l'*autopsie* (1) nous constatons les lésions suivantes : après avoir incisé la paroi abdominale antérieure sur la ligne médiane, nous tombons sur une tumeur sans adhérences avec le péritoine et lisse, qui remplit toute la cavité ventrale; on croirait de prime abord qu'elle est formée par un foie cirrhotique volumineux, car elle pénètre dans l'hy-

(1) Voyez la planche à la fin du volume. Cette pièce a été présentée à la Société anatomique, dans l'année 1871, par M. Emm. Bourdon.

pochondre droit et se cache sous les fausses côtes, mais on peut passer la main entre son bord supérieur et l'organe hépatique, et elle tient au fond de l'utérus par un large pédicule; en un mot c'est un corps fibreux utérin sous-péritonéal. Sa forme est celle d'un ovoïde à grand diamètre, un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche; elle mesure suivant cet axe 80 centimètres de circonférence; suivant l'axe perpendiculaire à celui-ci, cette circonférence est de 72 centimètres; la tumeur n'a pas malheureusement été pesée, mais elle est très-lourde. On peut lui décrire deux faces; l'une antérieure, bombée et mamelonnée, répond à la paroi abdominale directement, sans interposition d'aucune anse intestinale; sa face postérieure est presque plane, creusée d'une gouttière longitudinale qui se moule sur la colonne vertébrale; la veine cave ne contient pas de caillots et est parfaitement perméable. Cette face est lisse, sans bosselures bien marquées, et remplit une partie des flancs et des fosses iliaques; elle comprime le cæcum et la fin de l'iléon ainsi que l'S iliaque, et ces portions du tube digestif ont leurs parois appliquées l'une contre l'autre. L'intestin grêle et les côlons sont refoulés sur les parties latérales de la tumeur, là où pendant la vie on constatait de la sonorité à la percussion.

Le corps fibreux étant lisse et sans aucune adhérence, on peut l'attirer tout entier hors de l'abdomen par l'incision faite à la paroi, comme on extrairait un kyste de l'ovaire; on voit alors qu'il tient au fond de l'utérus par un pédicule gros comme le poing et sur la structure duquel je reviendrai. L'utérus horizontalement couché comme un pont au niveau du détroit supérieur, au devant du rectum et des anses intestinales qui remplissent le petit bassin,

est gros, mou, non revenu complétement sur lui-même, tel enfin qu'on le trouve chez les femmes mortes immédiatement après l'accouchement; sa face antérieure est lisse, légèrement convexe et croisée obliquement de droite à gauche, de haut en bas et d'arrière en avant par le ligament de l'ovaire et l'ovaire, la trompe et le ligament rond gauches enveloppés dans leurs replis péritonéaux. La face postérieure recouvre l'ovaire droit, et le ligament rond correspondant la contourne pour apparaître au niveau du point de jonction du corps et du col et se diriger vers son lieu habituel d'insertion. Le fond de l'utérus présente deux cornes bien prononcées : l'une, la droite, fait partie du pédicule de la tumeur; l'autre, la gauche, est globuleuse, et il est évident qu'elle contient un ou plusieurs corps fibreux interstitiels.

Telle est la description exacte de l'aspect que présente l'utérus, mais si vous réfléchissez à la situation des ovaires et des ligaments, vous remarquerez que le ligament rond qui se dirige à gauche et qui par conséquent est le gauche, part de la corne droite, et le ligament droit de la corne gauche; l'un et l'autre sont enroulés autour du corps de l'utérus, et il est certain que celui-ci a subi un mouvement de torsion sur son axe vertical. Ce qui vous semble être la face antérieure est la face postérieure, et celle-ci regarde directement en haut et en avant. La tumeur tient en réalité à la corne gauche, et si vous la retournez, les ligaments ronds reprennent leur direction et leur situation normales.

Le corps fibreux, quoique uniformément globuleux, présente quelques bosselures, surtout saillantes sur sa face antérieure; elles sont limitées par des sillons, par des dépressions qui répondent à des bandes fibreuses d'un

blanc nacré et assez analogue à des étoiles cicatricielles. De ces centres partent des brides, entre lesquelles le tissu de l'hystérome fait hernie sous forme de masses, sillonnées de capillaires gorgés de sang, s'épanouissant en pinceaux rosés et venant se terminer au pourtour des centres et des tractus fibreux dépourvus de vaisseaux. La coloration de la tumeur n'est donc pas uniforme; rose par place, elle est ailleurs parfaitement blanche.

Si vous faites une coupe verticale intéressant le pédicule, vous constatez que le corps fibreux est enveloppé par une coque très-adhérente à son tissu, non isolable autrement que par voie d'arrachement et par lambeaux, mais qu'on peut décoller au voisinage du pédicule. Là l'enveloppe de la tumeur se prolonge en s'amincissant sur le fond de l'utérus, dont les fibres musculaires, rougeâtres et écartées par des sinus veineux, ont l'air de faire partie d'un tissu caverneux. Ces fibres s'écartent pour constituer une sorte de coupe dans laquelle est reçue le corps fibreux, comme la boule d'un bilboquet dans sa cavité de réception, mais la tumeur en est séparée par un tissu cellulaire lâche qui permet de la décoller avec le doigt; aucune fibre utérine ne plonge dans le myome, et l'on ne trouve au point de contact, dans ce que nous appelons, peut-être à tort, un pédicule, que de grosses veines distendues par le sang, qui rampent dans le tissu cellulaire et sous la paroi, pour disparaître dans la tumeur, en se subdivisant, lorsque cette paroi cesse d'être isolable.

Je mets là sous vos yeux, Messieurs, un corps fibreux type; vous pouvez constater qu'il résiste et crie sous le scalpel; il est d'une densité considérable, la surface des tranches est marbrée, blanche et rosée par places. Il est facile d'étudier la structure fibreuse du tissu, les bandes

nacrées qui limitent des îlots gros les uns comme des noix, les autres comme des oranges, et dont les fibres rougeâtres s'enroulent circulairement et décrivent des courbes concentriques autour d'un centre fictif. Ces petites masses, bien distinctes sur une coupe quelconque, ne sont pas énucléables; plongées dans une gangue fibreuse et unies intimement les unes aux autres elles ne constituent pas plusieurs tumeurs, mais un seul et unique corps. Partout se voient un piqueté rouge et des orifices, la plupart permettant l'introduction d'un stylet de trousse ou plus petits; ces orifices appartiennent à des vaisseaux divisés. On ne trouve pas dans la tumeur de larges sinus veineux, mais des cavités kystiques irrégulières, plus ou moins cloisonnées par des tractus fibreux peu résistants, sans membrane limitante distincte, à parois constituées par le tissu fibreux infiltré d'un liquide visqueux et brunâtre qui remplit les espaces qu'elles limitent. Ces kystes sont disséminés en grand nombre dans la tumeur, leur volume varie depuis la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule; quelques-uns forment des bosselures visibles sur sa face antérieure, bosselures nettement fluctuantes, malgré l'épaisseur des parois. On a examiné, au microscope, avec le plus grand soin, ce tissu qui avait paru squirrheux à plusieurs d'entre vous, lorsque nous avons fait l'autopsie, et on l'a trouvé exclusivement constitué par un feutrage de fibres de tissu conjonctif entrecroisées d'une manière inextricable et de fibres musculaires lisses dont la proportion l'emportait beaucoup en certains points, dans les îlots, sur celle du tissu fibreux.

Si l'on avait conservé quelques doutes sur la structure musculaire de la tumeur, ils eussent été dissipés par la découverte dans la corne gauche de l'utérus de trois myomes

interstitiels, l'un, gros comme une noix, rosé, à fibres presque concentriques, parfaitement énucléable et s'échappant par une pression exercée sur lui après l'incision de la mince couche de tissu utérin qui le recouvrait; les deux autres, plus petits, indépendants, présentant chacun une facette plane à leur point de contact et contenus dans une même coque, comme deux amandes dans leur enveloppe. Ces trois corps fibreux étaient sans aucune connexion avec les fibres musculaires utérines; nous n'avons pu découvrir sur aucun d'eux la moindre trace de vaisseaux; la membrane celluleuse qui les entourait était au contraire très-vasculaire.

Enfin, Messieurs, je vous dirai, pour n'omettre aucun détail, qu'il existait dans la cavité péritonéale une petite quantité de liquide séro-purulent et que quelques anses de l'intestin grêle étaient dépolies, rouges et recouvertes par de minces exsudats fibrineux. Le foie, les reins, la rate, les poumons, le cœur, ne présentaient rien à noter.

La malade qui fait l'objet de cette leçon portait donc un corps fibreux sous-péritonéal énorme, accompagné de myomes intra-musculaires et compliqué de grossesse. Étudions d'abord les quelques particularités anatomo-pathologiques que présente la pièce.

Il n'est pas rare de voir plusieurs tumeurs en connexion plus ou moins intime avec l'utérus, et ici nous en trouvons quatre, dont trois faisant partie de la même variété; ces dernières sont interstitielles et cependant indépendantes du tissu utérin; la tumeur sous-péritonéale n'est rattachée à l'utérus que par un pédicule cellulo-vasculaire, et vous comprendrez facilement comment de véritables bourses séreuses peuvent être interposées entre les tumeurs et les fibres utérines. Le corps fibreux principal contient des kystes

et cette dégénérescence kystique est une des plus fréquemment observées.

Tantôt ce sont des cavités sans parois propres, des géodes, suivant l'heureuse expression de M. Cruveilhier, qui sont creusées en nombre souvent considérable au milieu des éléments musculaires atrophiés, et telles que nous en trouvons ici ; tantôt ce sont des kystes limités par une membrane qu'on peut disséquer, mais cette disposition est exceptionnelle. Le savant professeur incline à penser que la première espèce de kystes surtout dérive d'une infiltration séreuse, d'un œdème de la tumeur. Ces kystes peuvent contenir une matière filante, semblable à de la synovie et diversement colorée par le sang extravasé ; ils siégent surtout à la périphérie des tumeurs et si celles-ci sont accessibles au toucher vaginal, ils donnent au doigt une sensation de mollesse pâteuse ou même de fluctuation qui a trompé bien des chirurgiens ; lorsque les corps fibreux ainsi dégénérés sont volumineux et font saillie du côté de la paroi abdominale antérieure, on peut les confondre avec des kystes de l'ovaire et plusieurs même ont été ponctionnés. M. Barth en a observé un qui avait été l'objet d'une pareille erreur de diagnostic et qui contenait trois litres d'un liquide citrin albumineux.

Rien n'est plus difficile que de reconnaître les corps fibreux sous-péritonéaux tels que celui qui nous a trompés ; leurs symptômes, les accidents qu'ils produisent sont en effet très-différents de ceux que je vous ai décrits en vous parlant des polypes et des myomes interstitiels. Plus le pédicule s'allonge et devient grêle, plus ils paraissent indépendants de l'utérus ; ils peuvent alors, s'ils sont petits, tomber dans le cul-de-sac recto-utérin, comprimer le rectum et simuler soit une rétroflexion, soit une hématocèle

rétro-utérine. Souvent ils se portent en avant et occasionnent différents troubles de la miction. Le pédicule, dans tous ces cas, peut finir par se rompre ou s'atrophier assez complétement pour qu'on n'en puisse plus trouver de vestiges, mais presque toujours la tumeur a primitivement appartenu à l'utérus. On ne doit accepter qu'avec réserve les exemples de myomes primitifs développés aux dépens des fibres musculaires du vagin ou des ligaments larges.

Les symptômes rationnels des corps fibreux sous-péritonéaux sont mal caractérisés en général ; souvent ils sont nuls quand la tumeur est petite, et l'on n'observe plus tard que des accidents qui seraient causés par une tumeur volumineuse quelconque contenue dans la cavité abdominale. En dehors des troubles résultant de la compression des viscères, on peut voir survenir un œdème de la vulve et des membres inférieurs par le fait de la gêne de la circulation, des douleurs dues à la compression des nerfs, de la dyspnée sous l'influence du refoulement du diaphragme, et enfin une péritonite partielle ou généralisée peut emporter les malades.

Chez notre malade, nous avons noté la plupart de ces symptômes portés à leur summum, puisque l'abdomen contenait outre un corps fibreux de 80 centimètres de diamètre, un utérus distendu par un fœtus de quatre mois, mais nous n'avions à notre disposition que peu d'éléments de diagnostic. La tumeur pouvait appartenir au foie et s'être développée de haut en bas ; on ne limitait pas en effet son bord supérieur et la malade ne nous fournissait aucun renseignement sur la manière dont son ventre avait grossi ; elle pouvait dépendre de l'ovaire et c'était, vous le savez, notre opinion. Ce que

je veux vous signaler et ce que nous n'avons peut-être pas assez remarqué à cause des douleurs que provoquaient les explorations, c'est l'allongement du vagin. Les tumeurs tenant au fond de l'utérus attirent cet organe en haut en s'élevant dans la cavité abdominale, et vous vous rappelez que ni M. Pajot, ni moi, n'avions pu atteindre le col, mais on peut l'affirmer je crois nous n'avions pas de signe qui pût nous permettre de porter un diagnostic précis.

Les corps fibreux sous-péritonéaux retentissent peu sur les fonctions menstruelles, rarement ils donnent lieu à des ménorrhagies; dans quelques cas même, d'après la remarque d'Aran, ils deviennent l'occasion de véritables aménorrhées. Il semble qu'il en ait été ainsi chez notre malade. En juin 1870 elle n'a pas ses règles, et en juillet elle s'aperçoit qu'elle grossit; loin d'avoir marqué son début par un écoulement menstruel plus abondant, le corps fibreux a donc commencé par supprimer les règles; il est vrai que trois mois après surviennent quelques hémorrhagies, mais celles-ci s'arrêtent au bout de neuf mois, et cette suspension de la menstruation correspond bien au moment de la conception, puisque le fœtus expulsé avait environ quatre mois.

Vous avez vu, Messieurs, sur la pièce que je vous ai montrée, que l'utérus est tordu sur lui-même et que sa face antérieure regarde en arrière; cette torsion produite par les corps fibreux est signalée par tous les auteurs, mais ici elle est des plus complètes. Je pense qu'elle s'est effectuée le jour où la malade en montant son escalier a ressenti dans le ventre cette vive douleur qui l'a forcée à s'aliter; il me paraît possible que dans un effort, la tumeur déjà volumineuse, puisqu'elle était développée au

moins depuis un an, se soit retournée dans l'abdomen en entraînant avec elle le fond et le corps de la matrice; le col a dû suivre le corps, toutefois on ne distingue pas sur la pièce le changement de direction des fibres du vagin; d'un autre côté, si le col avait conservé sa position, les fibres qui le relient au corps devraient être tordues en tire-bouchon, et l'on n'observe rien de semblable sur une coupe longitudinale.

Je ne puis me dispenser, Messieurs, de vous dire quelques mots de l'influence qu'exercent les corps fibreux sur la grossesse, et notre observation me conduit naturellement à vous en parler, car sans aucun doute vous avez été surpris de voir mise en défaut l'expérience d'un de vos maîtres les plus autorisés. M. Pajot venait de vous dire, après avoir examiné notre malade, qu'il était le plus souvent impossible d'entendre les bruits du cœur avant le quatrième mois, et ici ce signe nous était indispensable pour poser un diagnostic exact. Il était bien évident qu'il existait une tumeur intra-abdominale énorme, et on pouvait passer à côté de la grossesse, sans avoir de grands reproches à s'adresser.

Les corps fibreux, vous le voyez, ne sont pas un obstacle à la conception; sans doute les polypes et les myomes interstitiels peuvent produire un rétrécissement et même une oblitération des voies sexuelles, en déformant le col ou la cavité utérine, sans doute des tumeurs intra-musculaires peuvent oblitérer l'orifice des trompes, mais sur notre pièce, quoique celles que contenait l'utérus eussent pu en se développant produire ce résultat, les conduits de Fallope étaient perméables. On peut même dire qu'il faut regretter que la nature n'ait pas pris soin, en rendant la conception impossible, de

diminuer les chances de mort qui ne sont que trop nombreuses pour les malades qui portent des corps fibreux. Ceux-ci empruntent une gravité toute particulière à leur siége ; les uns permettent au fœtus de croître et d'arriver à terme, mais s'opposent à son expulsion, les autres produisent l'avortement à une époque plus ou moins rapprochée de la conception et permettraient au contraire à l'accouchement de s'effectuer sans difficultés.

Un mot d'abord sur les modifications imprimées aux corps fibreux par la grossesse. Il est un fait presque universellement admis aujourd'hui, c'est qu'un corps fibreux emprunte à l'excès de nutrition dont est atteint l'utérus gravide, une vitalité d'autant plus grande qu'il est en connexion plus intime avec lui. Pour que la tumeur qui a causé la mort de notre malade prît en un an un développement aussi considérable, il fallait que sa marche fût modifiée par le nouvel état de l'utérus et il est certain que la grossesse lui a donné en quelque sorte un coup de fouet. On a invoqué contre cette influence de la grossesse le peu de vascularité des corps fibreux, leur isolement des fibres utérines, leur vie latente, et certains auteurs ont même admis qu'ils se nourrissent par imbibition, comme les cartilages ou la cornée. A cela l'on peut répondre que cette augmentation de volume des tumeurs, lorsque la femme est enceinte, est un fait qui a été observé mainte et mainte fois, et pour quelques corps fibreux privés de vaisseaux, on en voit un grand nombre en être abondamment pourvus. La vascularité est en rapport avec la rapidité de la croissance, et Virchow insiste sur la prédominance des faisceaux musculaires sur le tissu fibreux, dans les myomes des femmes enceintes, ainsi que sur l'aspect télangiectasique et caverneux que les tumeurs peuvent alors revêtir. Il y a

cependant une distinction à établir entre les diverses variétés de corps fibreux ; plus leurs connexions avec l'utérus sont intimes, plus ils ont de tendance à suivre cet organe dans son accroissement physiologique et sous ce rapport les myomes interstitiels, ou à large base, sont mieux partagés que les polypes munis d'un pédicule grêle.

Notre observation nous montrerait donc un exemple insolite de la croissance rapide d'un myome sous-péritonéal, mais il faut convenir que sa surface d'implantation était très-étendue et traversée par de nombreux vaisseaux. L'augmentation de volume des corps fibreux pendant la grossesse a été constatée par presque tous les chirurgiens, et ceux-ci signalent même qu'après l'accouchement, la tumeur est susceptible de rétrograder ou de revenir à ses dimensions primitives ; il faut néanmoins attendre assez longtemps pour observer ce phénomène, et là où l'utérus mettra un mois à reprendre son volume normal, les corps fibreux ne le suivront que de loin dans son mouvement de retrait.

M. Depaul a aussi signalé la forme aplatie que peuvent prendre certains myomes interstitiels un peu saillants du côté du péritoine; cet aplatissement ne serait pas, suivant lui, le résultat de la compression exercée sur eux par les parois abdominales et l'utérus, mais le fait de l'accroissement de leur base qui tendrait à s'élargir alors que l'utérus s'hypertrophie. Enfin les corps fibreux en augmentant de volume se ramollissent vers la fin de la grossesse, au point que l'on a pu, lorsqu'ils étaient accessibles au toucher, les prendre pour des kystes et les ponctionner.

Telle est l'influence de la grossesse sur les corps fibreux, voyons en quoi ceux-ci s'opposent au développement du produit de la conception.

Il n'est pas rare, Messieurs, de voir un fœtus arriver à terme, malgré la présence dans l'utérus de myomes interstitiels du corps ou du col, ou de polypes plus ou moins bien pédiculisés; souvent, néanmoins, ces tumeurs déforment ou obstruent la cavité, s'opposent à son agrandissement régulier et sont une cause d'avortement. Quant aux corps fibreux sous-péritonéaux, les dangers auxquels ils exposent les femmes enceintes varient suivant leur point d'implantation et la mobilité que leur permet le pédicule; si ce pédicule est mince et long et si le myome est peu volumineux, celui-ci pourra venir se placer entre les ligaments de Douglas, entre le rectum et l'utérus, comprimer ces deux organes et mettre obstacle au développement du dernier. Le même danger existera si le fibrome tient à la partie sus-vaginale du col ou à la face postérieure du corps, mais M. Depaul et M. Gueniot ont chacun observé un cas où la tumeur s'était élevée vers l'abdomen pendant le travail et avait permis à l'accouchement de se terminer heureusement, après quoi elle avait repris sa position dans le petit bassin. Si le corps fibreux est implanté sur le fond de l'utérus, il change de place avec lui, mais il peut arriver, comme dans notre observation, qu'il soit trop volumineux pour permettre à l'organe gravide de trouver sa place dans l'abdomen et à un moment donné les deux tumeurs se comprimant trop fortement l'une l'autre, le fœtus est expulsé et l'avortement a lieu à une époque variable.

Il est cependant permis de dire que c'est surtout pendant et après l'accouchement que les corps fibreux sont la cause des accidents les plus redoutables et les plus multipliés. Les myomes du col et les polypes sont les variétés les plus dangereuses; les myomes sous-péritonéaux ont alors

beaucoup moins d'inconvénient. Les tumeurs interstitielles de la portion cervicale de l'utérus peuvent empêcher la dilatation des orifices, et il est parfois nécessaire de les énucléer, à moins qu'un ramollissement, sur lequel on ne peut guère compter, ne permette le passage des parties fœtales. Quant aux polypes, ils peuvent rester dans le vagin ou dans l'utérus pendant l'accouchement, ou ils sont expulsés, soit avant la sortie du fœtus qui les chasse devant lui en rompant leur pédicule, soit un peu plus tard par les contractions utérines; mais on a cité des cas où la traction exercée par eux sur le fond de l'utérus ramolli avait amené une inversion de l'organe.

Quelle que soit du reste la variété à laquelle appartiennent les corps fibreux, ils nuisent à la régularité des contractions utérines et peuvent ainsi compromettre l'issue du travail. Enfin ils provoquent souvent après l'accouchement des hémorrhagies mortelles en s'opposant au retrait de l'utérus dont la vascularisation, déjà si grande, est encore augmentée par la présence des tumeurs qui sont pour lui une cause incessante de fluxion; ces hémorrhagies seraient encore plus à redouter si, comme cela s'est vu, le placenta s'insérait sur un myome interstitiel saillant dans la cavité.

Il y aurait encore, Messieurs, bien des points importants à étudier dans l'histoire des corps fibreux compliquant la grossesse, j'ai voulu vous faire profiter de tous les enseignements que vous pouviez tirer de la pièce que j'ai mise sous vos yeux, mais je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur un sujet qui touche surtout à la chirurgie obstétricale; je préfère rentrer dans le domaine de la chirurgie proprement dite, en attirant votre attention sur une tumeur ou plutôt sur un groupe de tumeurs que la malade

qui fait l'objet de cette leçon portait en sus de l'énorme corps fibreux qui a causé sa mort.

Cette pièce me fournira l'occasion de compléter brièvement l'histoire des kystes qui peuvent se développer dans les débris du corps de Wolff, histoire que je n'ai pour ainsi dire qu'ébauchée quand je vous ai parlé des tumeurs liquides des bourses.

Je vous ai dit que les recherches de MM. Gosselin, Follin et Giraldès avaient établi qu'il existe près du bord supérieur du testicule, dans le voisinage de l'épididyme, des tubes qu'on doit considérer comme les restes du corps de Wolff, organe dont les fonctions sont éminemment transitoires dans les deux sexes et qui cependant ne disparaît pas complétement, alors même qu'il a cessé d'avoir une importance physiologique. Chez la femme on trouve constamment entre les lames du ligament large, plongés dans une gangue de tissu cellulaire, disséminés entre les fibres musculaires si bien décrites par M. Rouget, et les vaisseaux qui forment dans cette région de si riches plexus, des tubes dont l'ensemble constitue l'organe de Rosenmüller.

Ces tubes, étudiés par Follin dans sa thèse sur le corps de Wolff, se voient par transparence sur presque tous les ligaments larges peu infiltrés de graisse ; ils sont plus ou moins flexueux, présentent un aspect ondulé et sont situés, parallèlement les uns aux autres, dans l'aileron moyen ; en général au nombre de 15 à 20, et plus ou moins longs et volumineux, ils viennent aboutir par une de leur extrémité un peu rétrécie à un conduit qu'on peut considérer comme les restes du conduit excréteur primitif et qui se trouve situé dans l'aileron moyen, à peu près parallèlement à la trompe. Ce conduit se coude en bas par ses deux extrémités terminées en cul-de-sac ; les tubes remontent

souvent dans l'aileron de l'ovaire et semblent aboutir au hile de la glande, mais en réalité ils passent au-dessous d'elle et présentent à leur terminaison en cul-de-sac un léger renflement.

Telle est la conformation la plus fréquente de l'organe de Rosenmüller, mais en dehors de l'espèce de pyramide constituée par les tubes dont je viens de vous décrire la disposition, on rencontre le plus souvent d'autres tubes à peu près semblables aux précédents au niveau des franges du pavillon ou disséminés en divers points, et ceux-ci, indépendamment de leurs flexuosités, sont souvent renflés par place, ce qui leur donne un aspect noueux; plus les femmes avancent en âge, plus ces renflements se prononcent, tandis que les flexuosités tendent au contraire à s'effacer. Ces canalicules, très-fins au moment de la naissance, augmentent de diamètre dans l'âge adulte et dans la vieillesse; on peut dans certains cas les injecter, mais le liquide se trouve souvent arrêté au niveau des points rétrécis. Ils sont constitués par une enveloppe celluleuse à fibres longitudinales, très-dense et revêtue intérieurement d'une couche de cellules épithéliales pavimenteuses; pour Kölliker ces cellules seraient cylindriques et vibratiles.

Je désirais vous rappeler, Messieurs, ces détails anatomiques pour vous faire mieux comprendre la nature de la pièce que vous avez sous les yeux.

Vous avez vu que l'utérus avait subi sur lui-même un mouvement de torsion, par lequel sa corne gauche s'était inclinée à droite et qui avait eu pour résultat de tourner directement en avant sa face postérieure. Une autre conséquence de cette torsion est la situation insolite de l'ovaire gauche dont le ligament est très-allongé et qui repose sur le corps du viscère; en avant de la glande on voit la

trompe (1) et son pavillon qui ne présentent rien d'anormal à noter, puis le ligament rond qui se dirige très-obliquement à gauche et en avant, pour gagner l'orifice interne du trajet inguinal.

Ce qui nous a frappé aussitôt après l'incision de la paroi abdominale, c'était l'existence d'un cordon qu'au premier abord nous avions pris pour une anse intestinale fortement distendue par des gaz; il était jeté en écharpe autour de l'utérus et remontait dans la fosse iliaque et dans le flanc gauches jusqu'au rein, en passant sous le corps fibreux. Après avoir soulevé la tumeur et l'avoir rejetée à droite hors de l'abdomen, nous avons pu mieux apprécier la forme et les rapports de ce cordon qui n'était autre chose qu'un chapelet volumineux de kystes compris entre les deux lames du ligament large; les trois ailerons couchés sur l'utérus contenaient seulement quelques kystes gros comme des pois ou des haricots, étouffés pour ainsi dire au milieu des fibres musculaires hypertrophiées. En dehors des ailerons, les deux lames du ligament étaient très-écartées l'une de l'autre; le feuillet postérieur au devant duquel étaient situées les fibres musculaires et les vaisseaux utéro-ovariens se réfléchissait sur le rectum et l'S iliaque; le feuillet antérieur qui se continuait avec le péritoine pariétal laissait voir par transparence le chapelet kystique qu'il appliquait contre le psoas iliaque jusqu'au rein.

Les kystes étaient si transparents qu'on aurait pu croire à une infiltration gazeuse dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; après avoir disséqué le péritoine, qu'on isolait avec la plus grande facilité, la paroi des kystes était im-

(1) Voyez la planche à la fin du volume.

médiatement mise à nu ; très-mince, quoique dense et résistante, elle était bridée par des fibres de tissu cellulaire qui rendaient multilobées en apparence des cavités en réalité uniloculaires. Aucune fibre musculaire, aucun vaisseau n'était interposé entre le péritoine et la paroi antérieure des kystes ; leur paroi postérieure au contraire reposait sur les fibres lisses du ligament large, sur l'uretère et sur les vaisseaux utéro-ovariens très-dilatés.

Dans le voisinage des ailerons, le premier kyste avait le volume d'un œuf de dindon, puis venait un autre kyste un peu moins gros, séparé du premier par une cloison celluleuse imperforée et communiquant avec un troisième de même capacité par un orifice assez régulier percé dans une mince lamelle fibreuse ; enfin un chapelet de kystes de plus en plus petits s'étendait jusqu'au hile du rein. Presque tous étaient distincts, isolables ou accolés les uns aux autres, mais sans communication; les derniers n'étaient pas plus gros que des pois ou des grains de chènevis; rien n'était plus facile que de les détacher, sans les ouvrir, de la glande, des vaisseaux et de l'uretère ; ils étaient plongés dans une atmosphère de tissu cellulaire très-lâche. Le chapelet s'effilait donc à son extrémité supérieure, était renflé à sa partie moyenne et dans l'aileron de la trompe il n'existait que des kystes peu volumineux et isolés. La coloration de tous ces kystes était en rapport avec celle du liquide qu'ils contenaient, car les parois étaient transparentes ; ce liquide était rosé, un peu visqueux et filant. Au microscope, M. Legros constata qu'à la face interne des parois était une couche de cellules épithéliales sphériques, très-granuleuses, et contenant un noyau foncé sans nucléole.

Cette pièce, Messieurs, est un beau spécimen de ces

kystes des ligaments larges dont la genèse est aujourd'hui bien connue, et qu'on était autrefois tenté de rattacher aux kystes de l'ovaire; signalées par Velpeau, Delpech, Cazeaux, Gosselin et d'autres auteurs, ces productions ont attiré surtout l'attention des chirurgiens, à partir du jour où Follin en a démontré rigoureusement l'origine ; les présentations se sont alors multipliées à la Société anatomique, et M. Verneuil en 1853, dans un mémoire à la Société de chirurgie, en a tracé une description complète. Ces kystes se développent dans les tubes de l'organe de Rosenmüller distendus par de la sérosité, et souvent on peut distinguer la continuité de la poche avec le canalicule ; le kyste est alors pédiculé; rien n'est plus fréquent que de rencontrer une vésicule, grosse comme un pois, rosée, transparente, médiocrement tendue et ovoïde, suspendue par un pédicule à une des franges du pavillon de la trompe. Follin a le premier fait remarquer que ce kyste, véritable hydatide de Morgagni, et dont je vous montre ici un exemple, était formé aux dépens d'un des tubes si fréquemment situés dans cette portion du ligament large.

Si l'origine des kystes n'est pas douteuse lorsqu'on trouve ceux-ci en communication directe avec un des canalicules de l'organe de Wolff, on pourrait hésiter à accepter l'interprétation qu'on en a donnée, en présence de ces petits grains arrondis, blanchâtres et gros comme des grains de millet, qui sont disséminés dans l'aileron de la trompe ou de l'ovaire et que vous pouvez voir sur cette autre pièce. Ces grains sont parfaitement isolables des deux feuillets du péritoine entre lesquels ils glissent et on peut les enlever avec la pointe d'un bistouri sans les percer. Ce sont là des kystes du corps de Wolff appartenant à la variété sessile; dans ce cas, la continuité avec les tubes n'existe plus,

mais cette indépendance n'est que secondaire ; dans tous les kystes d'origine glandulaire le conduit excréteur peut disparaître ; ici le pédicule, c'est-à-dire le tube, qu'on peut considérer comme un conduit excréteur sans fonction, s'est atrophié et l'on n'en trouve plus aucun vestige. Enfin, ce qui prouve bien que tous ces kystes, quel que soit leur volume, quels que soient leurs rapports avec les tubes de Wolff, ont la même origine, c'est la présence presque constante à la face interne de leur paroi ou dans le liquide qu'ils contiennent, d'un épithélium analogue à celui qui revêt normalement les canalicules de l'organe de Rosenmüller.

Ces petits kystes, analogues aux petits kystes du testicule dont nous devons une si excellente description à M. Gosselin, sont sans contredit les plus fréquents ; rarement on en voit de volumineux ; M. Verneuil cependant en a décrit un gros comme un œuf de poule et qui ressemblait, dit-il, à un œuf sans coquille. Ce chirurgien est disposé à voir pour eux dans les inflammations du péritoine une cause d'accroissement de volume, et peut-être pourrions-nous expliquer ainsi le développement si exceptionnel des kystes que je vous ai présentés. Follin avait noté l'hypertrophie des tubes de l'organe de Wolff pendant la grossesse ; ici l'accroissement si rapide du corps fibreux atteste l'activité de nutrition dont tous les organes du petit bassin étaient le siége, et je suis porté à croire qu'elle n'aura pas été sans influence sur la marche de ces kystes. Quelle que soit la valeur de cette opinion, je suis heureux d'avoir pu mettre sous vos yeux un cas exceptionnel et vous donner quelques explications sur un sujet qui vous est sans doute peu familier ; les kystes du corps de Wolff n'ont, il est vrai, chez la femme, qu'un intérêt purement scientifique, ils ne

prêtent à aucune considération d'un ordre thérapeutique; leurs symptômes sont nuls et ils n'engendrent pas d'accidents, mais il est intéressant de savoir distinguer des kystes de l'ovaire proprement dits ces tumeurs qui rentrent dans la classe des kystes para-ovariens.

TREIZIÈME LEÇON

PIEDS BOTS

Pied bot équin varus congénital. — Pied bot par atrophie musculaire suite de paralysie infantile.

MESSIEURS,

Depuis que je suis chargé du service de la clinique, vous avez pu voir à la consultation un certain nombre d'enfants atteints de cette déformation du pied connue sous le nom de pied bot. Ceux qu'on nous amène sont en général très-jeunes et leur affection est congénitale; un petit malade que j'ai opéré avant-hier devant vous présentait un pied bot appartenant à cette variété dite : *pied bot équin varus.* Je vous rappellerai rapidement les symptômes que vous avez pu constater vous-mêmes.

Le pied était dans l'extension et dans la rotation en dedans; c'est-à-dire que la face dorsale regardait en avant et en dehors, la face plantaire en arrière et en dedans. Le tendon d'Achille, qui formait un relief très-apparent, élevait le talon pour l'appliquer sur l'extrémité inférieure de la jambe.

La face plantaire du pied était concave, la face dorsale, au contraire, était notablement bombée et plus convexe qu'à l'état normal. Si l'enfant avait pu marcher, son pied aurait reposé sur le sol par son bord externe sur lequel

apparaissaient deux saillies formées par la grosse apophyse du calcanéum et par le cuboïde.

Ces déformations sont celles du pied bot *varus équin*, variété la plus fréquente du pied bot congénital. Cette affection est souvent double, et si on ne la combat pas promptement, il survient dans les articulations du pied de nouvelles déformations qu'il n'est plus possible de corriger et que rendent permanentes les ligaments raccourcis et les muscles rétractés.

La première idée qui vienne, j'en suis convaincu, à l'esprit de chacun de vous, en présence d'un cas semblable, c'est que le pied est maintenu dans son attitude vicieuse par une rétraction du tendon d'Achille. Cette idée est juste, et c'est en effet contre cette rétraction que le chirurgien doit tout d'abord lutter; mais s'il est facile de s'expliquer ainsi l'équinisme, il faut avouer que tout d'abord on ne comprend pas aussi bien pourquoi le pied est maintenu en varus, c'est-à-dire a sa face plantaire tournée en dedans, aussi crois-je utile de vous indiquer comment et pourquoi le pied bot équin se complique si fréquemment de varus.

S'il est une action musculaire bien connue, c'est sans contredit celle du triceps sural, dont le tendon s'insère au calcanéum et agit sur ce bras de levier suivant la direction la plus favorable, mais ce qu'on ignore souvent et ce que l'électrisation localisée démontre jusqu'à l'évidence, c'est que le triceps, par sa contraction, fait exécuter au pied sur son axe antéro-postérieur un mouvement de rotation en vertu duquel sa face plantaire est fortement tournée en dedans. En un mot, la faradisation du triceps sural et du triceps seul, produit exactement le pied bot équin varus.

Le fait n'avait pas échappé aux anciens chirurgiens, mais

les explications en avaient été diverses. Delpech attribuait la rotation en dedans à cette disposition anatomique vraie mais sans importance, par suite de laquelle l'extrémité postérieure du calcanéum s'incline naturellement un peu vers l'axe du corps. Là n'est pas la véritable explication du varus, et c'est à M. Duchenne (de Boulogne) que revient le mérite de l'avoir clairement indiquée. Un ligament puissant, le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, ou plantaire externe, s'insère, vous le savez, non-seulement au cuboïde mais, en outre, aux deux derniers métatarsiens, en passant au-dessous du tendon du long péronier latéral qu'il contribue à maintenir dans le canal où celui-ci pénètre après sa réflexion. Eh bien ! ce ligament s'oppose aux mouvements de bas en haut que pourrait sans lui exécuter le cuboïde sur le calcanéum, et de plus il bride et fixe au cuboïde les deux derniers métatarsiens. Cette disposition a pour résultat de forcer le bord externe du pied à suivre tous les mouvements du calcanéum, qui l'abaisse, c'est-à-dire qui l'étend sur la jambe, lorsqu'il s'élève, sans agir sur le bord interne du pied dont l'extenseur est, comme nous le verrons, le long péronier latéral.

Pour vous convaincre de l'exactitude de ce mécanisme, vous pouvez répéter l'expérience de M. Duchenne, et après avoir faradisé le triceps, essayer de lutter par une pression de bas en haut contre l'extension du bord externe et du bord interne du pied ; vous sentirez le premier vous opposer une résistance énergique, tandis que le second se laissera facilement fléchir.

Tels sont les effets du premier temps de la contraction du triceps sural ; vous voyez donc déjà que le pied a une certaine tendance à se porter en varus par le fait même de l'abaissement plus énergique de son bord externe.

Quant au second temps, il se passe dans l'articulation calcanéo-astragalienne. Le calcanéum porte sur sa face supérieure deux facettes articulaires dont le grand axe se dirige obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors, et qui sont séparées par une rainure dirigée dans le même sens et plus large à ses deux extrémités qu'à sa partie moyenne. La facette postérieure et externe du calcanéum est convexe suivant son grand axe; la facette antérieure et interne est concave; du côté de l'astragale la disposition des facettes est nécessairement inverse.

Supposez le premier temps accompli et le mouvement d'extension qui se passe dans l'articulation tibio-tarsienne exécuté vigoureusement; l'astragale vient buter contre le bord postérieur de la mortaise par la surface située derrière sa poulie, et nous avons vu que dans ce premier temps le bord externe du pied était solidement maintenu dans l'abaissement. Or, le calcanéum peut s'élever encore davantage dans un second temps.

Que se passe-t-il alors dans l'articulation calcanéo-astragalienne? La facette postéro-externe du calcanéum ne peut glisser de bas en haut dans la concavité de la facette astragalienne correspondante qu'en se dégageant de dedans en dehors, et ce mouvement est limité au moment où l'extrémité antérieure de la petite apophyse du calcanéum est arrêtée par le bord de la facette articulaire postéro-externe de l'astragale. Dans ce second temps, l'extrémité postérieure du calcanéum se porte un peu en dehors et par conséquent la grosse apophyse se dévie en dedans sous le col de l'astragale, entraînant avec elle le cuboïde et les deux derniers métatarsiens qui lui sont si solidement unis par le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur.

Telle est, Messieurs, l'explication physiologique de la

production du pied bot varus par la rétraction du triceps. Le traitement en découle naturellement et vous m'avez vu pratiquer la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Après avoir supprimé l'obstacle qui s'oppose à la flexion du pied sur la jambe, on applique un appareil contentif destiné à remplacer et à maintenir les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux, jusqu'à l'époque où les deux bouts du endon sectionné seront réunis par un véritable cal fibreux qui augmentera la longueur du cordon tendineux et préviendra ainsi la reproduction du pied bot.

Je n'insiste pas, Messieurs, sur les diverses variétés du pied bot congénital, et je vous présente un jeune enfant de cinq ans qu'on nous amène dans l'espérance que nous pourrons lui pratiquer une opération qui le guérira de sa difformité.

Cet enfant est atteint d'un pied bot équin du côté droit; de prime abord on croirait avoir affaire à un pied bot congénital analogue à celui dont je vous parlais il n'y a qu'un instant et que nous avons fait disparaître par la section du tendon d'Achille ; cependant, pour un œil exercé, le cas est essentiellement différent. Je soulève l'enfant dans mes bras : regardez maintenant les deux membres inférieurs et comparez-les l'un à l'autre. Indépendamment de la déformation du pied, vous verrez que le membre inférieur droit tout entier est amaigri ; le triceps sural, quoique rétracté, forme un relief notablement moins volumineux que celui qui constitue la saillie du mollet gauche; quant aux muscles antérieurs de la jambe, ils sont atrophiés, à peine visibles, et à la palpation vous pouvez constater leur mollesse et leur disparition presque totale ; le jambier antérieur surtout, le muscle le plus saillant de la jambe après les jumeaux,

n'existe pour ainsi dire plus. Enfin, si vous mesuriez la longueur des deux membres, vous noteriez un raccourcissement de près de 4 centimètres à droite, raccourcissement bien réel, qui ne tient pas à une élévation de l'épine iliaque droite et qui coïncide avec une diminution du volume des os, une véritable atrophie du squelette.

Cet ensemble de symptômes observés chez un enfant de cinq ans doit vous faire immédiatement songer à une atrophie musculaire, suite de paralysie infantile, à cette paralysie atrophique graisseuse de l'enfance si bien étudiée par M. Duchenne (de Boulogne) fils.

Cette affection, nettement caractérisée, grâce aux travaux de ce dernier auteur et à ceux de M. Laborde, débute, le plus souvent chez des enfants de dix à vingt mois, vers l'époque de la dentition, par une paralysie qui survient brusquement, sans cause déterminée et en pleine santé. Assez fréquemment, toutefois, elle est précédée d'un état fébrile qui dure de vingt-quatre heures à quelques jours et s'accompagne de quelques convulsions passagères ; quant à l'intelligence, elle est toujours conservée. Cette paralysie peut être générale, mais plus souvent elle est limitée à un groupe de muscles et même à un seul muscle. Dans le premier cas elle tend à se localiser et affecte une marche essentiellement rétrograde.

Dans les muscles malades, le mouvement seul est aboli. La sensibilité, quelquefois exagérée au début, reste intacte pendant toute la durée de la paralysie. Tantôt celle-ci disparaît dans sa marche rétrograde, et c'est là une forme bénigne décrite par Kennedy sous le nom de paralysie temporaire, tantôt au contraire elle se fixe sur certains muscles et ceux-ci perdent promptement, au bout de huit ou dix jours en général, mais quelquefois plus tard, leur con-

tractilité électro-musculaire. La disparition de cette contractilité se rattache à la seconde période de la maladie, à la période d'atrophie quelquefois simple, suivant M. Laborde, mais généralement graisseuse ; si l'atrophie revêt cette dernière forme, les stries transversales des fibres musculaires commencent par s'effacer, puis les stries longitudinales, enfin l'élément contractile finit par être remplacé par des granulations amorphes qui passent bientôt à l'état graisseux.

L'atrophie ne frappe pas seulement les muscles, elle s'accompagne de la diminution du calibre et du nombre des vaisseaux. La température s'abaisse, la peau prend une teinte bleuâtre et présente une disposition évidente à l'ulcération. Vous pouvez voir de plus que, chez notre jeune malade, le système osseux n'est pas resté indemme ; le membre s'est arrêté dans sa nutrition, a cessé de croître, et cet arrêt de développement a produit un raccourcissement qui est aujourd'hui de 4 centimètres. Vous assistez donc à la période d'état de la maladie qui n'implique pas du reste une altération de la santé générale, car l'enfant, vous le voyez, est fort et vigoureux.

Il est facile de prévoir, Messieurs, les conséquences de ces atrophies limitées à certains muscles. Si la contractilité de ceux-ci ne revient pas, si leur texture subit les altérations que je viens de vous signaler, l'équilibre des mouvements se trouvera rompu et les muscles sains entraîneront par leur tonicité les différents segments du squelette auxquels ils s'attachent, produisant ainsi des déformations persistantes.

L'atrophie graisseuse a de véritables lieux d'élection ; lorsque la paralysie est générale, elle suit, je vous l'ai dit, une marche rétrograde, mais elle se fixe de préférence sur

les membres inférieurs, et il s'établit une véritable paraplégie. Elle finit presque toujours par devenir unilatérale et frappe surtout le côté droit. Enfin elle choisit le plus souvent un muscle : le jambier antérieur. Au membre supérieur, le muscle le plus fréquemment atrophié est le deltoïde, mais jamais la paralysie n'est hémiplégique, ou du moins, lorsqu'elle revêt cette forme, et l'atrophie peut aussi lui succéder, sa signification est toute différente, car alors elle se trouve liée à ce qu'on a appelé l'agénésie cérébrale.

J'arrive, Messieurs, à la partie chirurgicale de mon sujet, c'est-à-dire, dans le cas présent, aux déformations du pied qui succèdent à l'atrophie du jambier antérieur. Ce muscle, qu'on peut appeler fléchisseur adducteur, combine le plus souvent son action avec celle de l'extenseur commun des orteils qui est également fléchisseur du pied, mais abducteur. Que les deux muscles se contractent ensemble : le mouvement produit sera la flexion directe du pied sur la jambe. Si le jambier est atrophié, la flexion directe devient impossible et l'extenseur commun des orteils, dont la puissance comme fléchisseur du pied est faible mais qui est abducteur, porte seulement le pied dans une flexion légère en l'entraînant en dehors ; l'extenseur propre du gros orteil, qui normalement prend une faible part à la flexion, lui vient en aide et se contracte fortement, mais ces deux muscles ne peuvent lutter contre le triceps qui se rétracte peu à peu et d'autant plus que les fibres du jambier antérieur subissent d'une manière plus complète la dégénérescence graisseuse. Au début, pendant la marche, si la paralysie s'est déclarée tard, vers trois ou quatre ans, l'enfant traîne le pied et ne peut le fléchir que faiblement en le portant dans l'abduction ; mais plus tard, sous l'influence de la ré-

traction progressive des jumeaux et du soléaire, toute flexion devient impossible et l'on voit se former un pied bot équin d'autant plus prononcé que l'affection est de date plus ancienne.

C'est ainsi, Messieurs, que la déformation s'est produite, sans aucun doute, chez le malade que j'ai mis sous vos yeux.

Les pieds bots différeront suivant le nombre des muscles atrophiés. Si l'extenseur commun est lui-même paralysé avec le jambier antérieur, le pied bot sera équin varus, et si l'atrophie de l'extenseur devient complète, vous verrez le pied s'infléchir dans son articulation médio-tarsienne et la tête de l'astragale avec la grosse apophyse du calcanéum former à la face dorsale des saillies plus ou moins marquées.

Je ne veux pas vous décrire, Messieurs, tous les pieds bots qui pourront succéder à la paralysie graisseuse atrophique ; ils varieront avec les muscles dégénérés, et si ce sont les extenseurs du pied, les jumeaux et le soléaire, le long péronier latéral, ou les fléchisseurs des orteils qui sont atteints, vous pourrez rencontrer ces différentes variétés de talus, pied plat, pied creux, etc., si bien décrits par M. Duchenne (de Boulogne). Je croyais utile de vous signaler ces pieds bots liés à une paralysie infantile, mais mon intention n'est pas de vous faire l'histoire de cette maladie qui ne se rattache à la chirurgie que par ses conséquences souvent tardives. L'atrophie musculaire dépend ici d'une affection de la moelle, et les recherches de MM. Cornil, Prévost et Vulpian, Charcot et Joffroy, Roger et Damaschino, ont démontré que les lésions siégent dans les cordons antéro-latéraux, dans les cornes antérieures et principalement dans leurs cellules. Celles-ci présentent cet état que

Lockart Clarke a décrit sous le nom de désintégration granuleuse.

Ne croyez pas que le chirurgien puisse ignorer ces faits; leur connaissance au contraire lui importe d'autant plus qu'il est indispensable de ne pas confondre ces pieds bots, consécutifs à une altération médullaire, avec d'autres variétés dont le traitement doit être tout différent, et dans le cas présent que devons-nous faire pour notre petit malade?

Si nous avions à soigner la paralysie au début, il nous faudrait lutter par la faradisation contre les tendances qu'ont les muscles affectés à s'atrophier. Aujourd'hui les fléchisseurs du pied sur la jambe sont profondément altérés et ne répondent plus à l'excitation galvanique; les parents de l'enfant nous l'amènent lorsque la difformité est acquise, lorsque la thérapeutique la plus rationnelle peut rester sans effet.

Devons-nous donc désespérer d'obtenir une amélioration sérieuse? Si le membre n'était pas raccourci, on pourrait tenter par la faradisation du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils de réveiller la nutrition dans les fibres musculaires et dans le membre tout entier; il serait peut-être possible de s'opposer ainsi à l'arrêt de développement des os.

En galvanisant des muscles privés de leur excitabilité volontaire et électrique depuis plus d'un an, ce qui est l'indice d'une altération de texture extrêmement avancée, M. Duchenne (de Boulogne) est parvenu à leur rendre leur contractilité par un traitement très-prolongé. Dans ce cas, il pense que les fibres musculaires saines peuvent devenir le noyau de faisceaux musculaires de nouvelle formation et même d'un musclé, si l'on parvient à les développer par

une excitation suffisante. Mais ici, le membre est raccourci de 4 centimètres et le pied bot équin est presque un avantage, puisqu'il allonge la jambe et rend la claudication moins prononcée. Nous pensons toutefois qu'on peut tenter, par une faradisation prolongée, de rendre aux fléchisseurs du pied une partie de la tonicité qui leur manque, et qu'on doit maintenir le pied dans un appareil qui, s'il ne lui rend pas sa conformation, lui servira au moins de point d'appui.

Ce que je veux vous faire bien comprendre en terminant, Messieurs, c'est combien il serait antiscientifique et dangereux, si l'on ne reconnaissait pas la nature du pied bot, de pratiquer ici la section du tendon d'Achille. Le pied, à supposer que les surfaces articulaires déformées le permettent, pourrait, il est vrai, être fléchi après la ténotomie, mais cette flexion serait passive et priverait totalement le malade de l'usage de son membre, puisque les muscles antagonistes du triceps sont complétement atrophiés. Or, il ne suffit pas de permettre à ceux-ci d'agir, il faut qu'ils soient capables de se contracter, et c'est pour vous éviter de commettre une erreur si préjudiciable aux malades, que j'ai tenu à insister sur une variété de pied bot qui est du domaine plutôt de la médecine que de la chirurgie.

QUATORZIÈME LEÇON

PIEDS BOTS (SUITE)

Pied plat valgus par impotence fonctionnelle du long péronier latéral. — Tarsalgie des adolescents.

Messieurs,

Le malade que je vous ai montré dans notre dernière réunion était atteint d'un véritable pied bot accidentel dont la genèse est toute spéciale et bien distincte de celle qui préside à la formation des pieds bots congénitaux ; je veux, aujourd'hui, continuer l'étude des pieds bots en vous décrivant avec détail une difformité du pied également accidentelle et produite, non pas par l'atrophie d'un muscle et la tonicité des antagonistes, non pas par une véritable paralysie, mais par un affaiblissement musculaire passager qui peut à la longue devenir permanent et que M. Duchenne (de Boulogne) a désigné sous le nom d'*impotence fonctionnelle.*

Une bonne fortune a conduit dans nos salles un malade dont l'examen vous permettra, je l'espère, de saisir sans efforts la description d'une affection encore peu connue, quoique parfaitement étudiée. Ce malade est jeune, il n'a que dix-sept ans, sa constitution est excellente et nous ne trouvons dans ses antécédents aucune trace de scrofule, ni de diathèse rhumatismale. Il était garçon épicier et fut

soumis, pendant le siége de Paris, à toutes les fatigues qu'exigeait sa profession, très-pénible à l'époque des approvisionnements. Au mois de novembre dernier, après avoir passé toute sa journée en courses et en stations à la porte des boucheries, il éprouvait le soir quelques douleurs dans le pied gauche, douleurs qui disparaissaient par le repos pour revenir le lendemain après la marche. Le malade, qui est très-intelligent et dont nous pouvons accepter avec pleine confiance les renseignements, nous rapporte que, vers le milieu de janvier, il s'aperçut que son pied tournait en dehors, et, circonstance dont nous devons tenir compte, il remarqua qu'il usait surtout le côté externe du talon de sa chaussure. Ainsi se produisait une succession de petites entorses, et un jour le pied se tordit tellement que le malade tomba et fut obligé de garder le repos au lit pendant quinze jours, jusqu'à ce que le gonflement survenu au niveau du cou-de-pied fût dissipé. Il ne put pas du reste reprendre ses occupations, car il ne marchait qu'avec peine et au prix d'assez vives douleurs, aussi vint-il me consulter à l'hôpital Saint-Antoine. Je fus frappé par la déviation du pied en dehors et je m'efforçai de la corriger en appliquant sur la jambe un appareil de Dupuytren, destiné à ramener le pied dans l'adduction. Le malade quitta l'hôpital, amélioré mais non guéri, et revint me trouver à la Clinique, où il entra le 25 août. Voici l'état dans lequel il se trouvait : il pouvait marcher sans boiter et sans souffrir, pendant une heure ou deux, mais alors la fatigue devenait extrême, le poids du corps portait sur le bord externe du pied, et des douleurs très-vives se faisaient sentir en avant de la malléole externe, au niveau de l'excavation qui existe normalement à ce niveau. Enfin, la station sur la pointe du pied était absolument impossible du côté gauche, et le

talon ne pouvait se détacher du sol quand le pied droit l'avait quitté.

Lorsque le malade était couché, si on l'examinait après une ou deux heures de marche, le pied gauche, placé près de l'autre, n'était pas sensiblement déformé; la voûte plantaire était concave, le premier métatarsien pouvant s'abaisser assez pour produire cette concavité, et le bord interne du pied opposait une résistance notable à la main qui cherchait à l'étendre et à le fléchir alternativement sur la jambe. En un mot, on ne trouvait là rien qui pût à première vue faire admettre un pied plat. La seule difformité apparente était une saillie des orteils étendus fortement sur la face dorsale du pied et indiquant un degré très-prononcé de contracture de l'extenseur commun, contracture qui disparaissait après un repos de quelques heures.

En présence d'un cas semblable, Messieurs, la plupart des praticiens, il faut bien l'avouer, se trouveraient fort embarrassés. Ils soupçonneraient, les uns une entorse, les autres une paralysie vaguement déterminée, et leur thérapeutique se ressentirait à coup sûr de l'incertitude du diagnostic. Il s'agit là pourtant d'une affection bien nette, dont tous les symptômes sont évidents, et qui doit entrer dans le cadre nosologique et y avoir sa place marquée. Notre malade est atteint d'une *impotence fonctionnelle du long péronier latéral* et, nous sommes heureux de le proclamer hautement, la science est redevable de la connaissance de cette maladie aux beaux travaux de M. Duchenne (de Boulogne), qui a tant fait pour la physiologie et la pathologie des mouvements.

Avant d'aborder une question difficile et nouvelle pour la plupart d'entre vous, je ne crois pas inutile de vous

présenter quelques considérations anatomiques et physiologiques qu'il est indispensable d'avoir présentes à l'esprit pour saisir facilement la description des troubles fonctionnels que je dois analyser. Les mouvements du pied sont compliqués, et ce n'est que par une étude minutieuse de l'action de chaque muscle qu'on peut les décomposer et les comprendre dans leur ensemble. Établissons d'abord que nous entendrons par fléchisseurs du pied tous les muscles, y compris les extenseurs des orteils, qui rapprochent la face dorsale du pied de la face antérieure de la jambe ; une certaine division règne encore parmi les anatomistes au sujet de ce que l'on doit appeler flexion et extension du pied; quelle que soit la valeur de notre opinion, nous nous entendrons sur les termes.

On peut poser en principe qu'il n'est pas un seul muscle qui soit uniquement fléchisseur ou extenseur, tous concourent plus ou moins, avec une énergie variable, soit au mouvement d'abduction, soit à celui d'adduction. L'adduction s'accompagne généralement, mais non toujours, de la rotation du pied en dedans autour d'un axe antéro-postérieur, et l'abduction de la rotation en dehors, mouvement qui a pour résultat de tourner du côté opposé à l'axe du corps la face plantaire du pied. Quant aux mouvements d'extension et de flexion du pied, ils se combinent aussi avec un certain degré, soit d'abduction, soit d'adduction, car tout muscle servant à l'extension ou à la flexion est en même temps adducteur ou abducteur, et aucun ne produit une flexion ou une extension directe; pour exécuter ce mouvement, les muscles antagonistes au point de vue de leurs fonctions d'adducteurs ou d'abducteurs se contractent synergiquement, et leur action sur le pied se mouvant autour d'un axe vertical devient nulle; le pied tourne seu-

lement sur un axe transversal dans l'articulation tibio-tarsienne.

De la tonicité ou de la contraction de certains muscles résulte aussi la forme de la voûte plantaire qui devient plus concave ou plus plane, ce qui répond à ce qu'on a appelé *pied creux* ou *pied plat*. Cette concavité de la voûte plantaire est produite par l'action des abducteurs et des adducteurs, action qui se concentre sur l'avant-pied, aux deux extrémités d'une ligne légèrement oblique, d'avant en arrière et de dedans en dehors, et dont les extrémités passeraient par les têtes du premier et du cinquième métatarsien. Il faut se rendre bien compte du mécanisme qui préside à la formation de la voûte plantaire pour comprendre la signification qu'on doit attacher à sa configuration extérieure, et l'on ne saurait trop insister sur cette division du pied en avant-pied et en arrière-pied, division si bien établie par M. Duchenne.

A l'état normal, pendant la station, lorsque le poids du corps pèse sur l'astragale et que la pression se répartit sur tous les os du pied, celui-ci appuie sur le sol par trois points. Ces trois points forment un triangle ; deux des angles sont en avant, le troisième en arrière, entre eux se trouve la voûte plantaire. Le point d'appui postérieur est la grosse tubérosité du calcanéum, matelassée en quelque sorte par une couche épaisse de tissu adipeux enfermé dans les aréoles de la face profonde du derme. Des deux points antérieurs, l'un répond à la saillie formée par la tête du premier métatarsien, c'est ce que M. Duchenne a appelé le talon antérieur, talon au niveau duquel la pression est presque aussi forte que sur le talon postérieur, aussi existe-t-il là normalement un durillon qui atteste l'exactitude du rôle physiologique que nous attribuons à cette saillie. Le dernier point

d'appui est la tête du quatrième métatarsien, mais la pression y est moins forte et moins exactement limitée ; elle se répartit sur une surface plus large, aussi ne produit-elle qu'exceptionnellement un épaississement notable de l'épiderme, et dans ce cas on peut affirmer que les muscles chargés d'assurer le contact du sol avec ces trois points dans une proportion différente ne remplissent qu'imparfaitement leurs fonctions.

Ceci posé, voyons comment les muscles concourent, chacun pour leur part, à maintenir le pied dans sa situation normale pendant la station et à le mouvoir dans ses diverses articulations. Ceux qui produisent la flexion sont situés sur le dos du pied, ils glissent dans les coulisses que leur forme le ligament annulaire du tarse, suivant une direction plus ou moins oblique. Le premier, le jambier antérieur, s'insère au premier cunéiforme et envoie une expansion très-forte au premier métatarsien. Supposons le pied dans l'extension complète et le premier métatarsien entraîné en bas et en dehors par le long péronier latéral ; si le jambier antérieur se contracte sous l'influence de la volonté ou par l'électrisation, il fera décrire au premier métatarsien un mouvement oblique en haut et en dedans, et par conséquent en sens inverse de celui qu'aura produit le long péronier latéral : puis, le premier métatarsien ainsi dégagé sera fléchi directement ainsi que le premier cunéiforme et le scaphoïde, c'est-à-dire tout le bord interne du pied. Ce mouvement de flexion a pour centre l'articulation astragalo-scaphoïdienne; ou plutôt il se compose d'une succession de petits mouvements qui se passent dans toutes les articulations du bord interne du pied ; il est exécuté avec énergie ; l'élévation du bord interne du pied, tandis que le bord externe reste abaissé et fixé au calcanéum par le ligament

calcanéo-cuboïdien inférieur, à pour résultat de produire la destruction de la voûte plantaire et l'aplatissement du pied. M. Duchenne appelle le jambier antérieur, fléchisseur adducteur. Nous l'appellerions volontiers, pour indiquer l'énergie différente avec laquelle il produit ses deux mouvements : fléchisseur fort et adducteur faible, l'adduction entraîne ici la rotation du pied en dedans et un léger mouvement de varus.

Le second muscle de la face dorsale du pied est l'extenseur commun des orteils ; lui aussi fléchit le pied mais faiblement, il est en outre antagoniste du jambier antérieur par le mouvement d'abduction auquel il préside en élevant le bord externe du pied, ce qui produit un valgus très-accentué ; nous l'appellerons fléchisseur faible et abducteur fort. Quant au péronier antérieur qu'on a voulu considérer comme un muscle distinct, fléchisseur et abducteur, son action se confond avec celle du précédent ; anatomiquement, tantôt il n'existe pas, tantôt il n'est qu'une expansion fibreuse de l'extenseur du petit orteil, et dans ces cas, les mouvements produits par la contraction de l'extenseur commun ne perdent rien de leur énergie, il n'a donc qu'une médiocre importance.

Ainsi vous voyez, Messieurs, l'exactitude de la loi physiologique que je vous énonçais ; ni le jambier antérieur, ni l'extenseur commun des orteils, ne fléchissent le pied directement, ils l'entraînent en même temps l'un dans l'adduction, l'autre dans l'abduction, leur contraction synergique seule produit la flexion directe.

Les extenseurs, eux aussi, doivent combiner leur action pour étendre le pied directement, et les deux plus puissants, le triceps sural et le long péronier latéral, agissent l'un sur l'arrière-pied, l'autre sur l'avant-pied. Le

triceps étend l'arrière-pied, c'est-à-dire le calcanéum, et du même coup abaisse le bord externe de l'avant-pied avec force, tandis que le bord interne n'est que faiblement entraîné en bas; à l'extension se joint l'adduction, et je ne reviendrai pas sur la disposition anatomique d'où résultent et l'adduction et le mouvement de varus. Le talon se porte en dehors, la pointe du pied en dedans, et la face dorsale se tourne en dehors; cette déviation, toutefois, est loin d'être énergique et ne peut être comparée à la force avec laquelle le triceps produit l'extension. On peut donc dire que ce muscle est un extenseur puissant et un adducteur faible. Les muscles longs fléchisseurs communs des orteils, et longs fléchisseurs propres du gros orteil, n'ont qu'une action à peu près nulle sur l'articulation tibio-tarsienne et nous n'en parlerons pas; mais un muscle dont les fonctions ont une importance capitale au point de vue des mouvements du pied et de la conformation de la voûte plantaire, c'est le long péronier latéral; c'est de lui surtout que dépend la forme du pied, c'est lui qui est en cause dans la maladie que nous allons étudier sur le jeune homme que je vous ai présenté.

Sa direction et ses insertions, Messieurs, vous sont connues; vous savez qu'il se réfléchit dans la gouttière ostéo-fibreuse que lui forme en haut la face inférieure du cuboïde, et en bas le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur par l'expansion qu'il envoie aux deux derniers métatarsiens. Son tendon va s'attacher au tubercule externe de l'extrémité postérieure du premier métatarsien et par quelques fibres au premier cunéiforme. Lors de sa contraction, le long péronier latéral, dans ses mouvements qui peuvent être décomposés en plusieurs temps, agit sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien, sur ce que M. Duchenne a

appelé talon antérieur; il abaisse avec force cette saillie sous-métatarsienne et avec elle le bord interne de l'avant-pied, puis il la porte en bas et en dehors sur un plan inférieur à celui qu'occupent les autres métatarsiens. Le premier mouvement exagère la concavité de la voûte plantaire et le pied devient creux; le second produit une diminution du diamètre transversal de l'avant-pied, plus notable au niveau de la tête des métatarsiens; il se passe là un mouvement de torsion de la partie interne de l'avant-pied sur sa partie externe, dans l'articulation médio-tarsienne, et les plis de la plante du pied affectent une direction oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant. Enfin, le pied tourne dans son articulation calcanéo-astragalienne sur l'axe longitudinal de la jambe, et sa pointe est portée en dehors tandis que son bord externe s'élève, ce qui fait paraître plus saillante la malléole interne. Ces trois mouvements peuvent être ainsi analysés, mais ils sont exécutés presque en même temps. Vous voyez que leur centre est différent et que la torsion qui se passe dans l'articulation scaphoïdo-astragalienne et sous-astragalienne est accomplie avec une puissance plus grande que l'extension qui a pour centre l'articulation tibio-tarsienne. Je dirai donc que le long péronier latéral est un extenseur faible et un abducteur fort. En agissant sur toutes les petites articulations du bord interne du pied, il répartit le mouvement sur chacune d'elles, et cette décomposition a pour but d'amortir les chocs, lorsque le pied supportant le poids du corps vient heurter brusquement le sol. Le long péronier latéral joue le rôle d'un ligament actif, tandis qu'en dehors le ligament calcanéo-cuboïdien convertit en une seule pièce tout le bord externe du pied. Puisque le muscle dont nous nous occupons est extenseur

mais en même temps abducteur, il ne peut à lui seul étendre le pied directement, et pour produire ici l'extension directe il doit combiner son action avec celle du triceps. L'abduction et l'adduction en s'annulant permettent alors l'extension directe et de l'arrière-pied et de l'avant-pied.

Pour compléter rapidement l'étude des mouvements du pied, il me reste à vous parler de l'action de deux autres muscles essentiellement antagonistes, c'est-à-dire du court péronier latéral et du jambier postérieur. Tous deux sont à la fois fléchisseurs et extenseurs du pied suivant sa position; le pied est-il fléchi, ils l'étendront; est-il étendu, ils deviendront fléchisseurs; ils sont donc synergiques, lorsqu'ils meuvent le pied autour d'un axe transversal, et ils tendent toujours à le ramener dans une position telle qu'il fasse avec la jambe un angle droit. Lorsque le pied occupe cette position, ils deviennent alors absolument antagonistes; le court péronier porte le pied dans l'abduction, élève son bord externe et tourne sa face plantaire en dehors; chez les enfants et les jeunes sujets, il place souvent le cinquième métatarsien sur un plan supérieur à celui qu'occupe le quatrième. Le jambier postérieur, au contraire, produit un effet inverse; il s'insère sur la tubérosité du scaphoïde, envoie une expansion à la partie inférieure du premier cunéiforme et une autre aux deux derniers cunéiformes ainsi qu'aux trois métatarsiens moyens. Par le fait même de ses diverses insertions, vous pouvez deviner quel sera le résultat de sa contraction : il portera le pied dans l'adduction et tournera sa face plantaire en dedans, rendant concave son bord interne et convexe le bord externe.

Voyons à présent le rôle que jouent ces différents muscles pendant la marche. Dans le dernier temps, le pied s'étend sur la jambe, et le poids du corps qui portait sur trois points

et surtout sur deux, le talon proprement dit et la tête du premier métatarsien, ne porte plus que sur l'avant-pied. Le talon abandonne le sol sous l'influence de la contraction du triceps, et le long péronier latéral qui doit lutter contre l'adduction se contracte énergiquement pour appliquer sur le sol avec force la saillie sous-métatarsienne, le talon antérieur. Le centre de gravité se déplace alors pour passer par le membre opposé, et le pied qui était étendu quitte le sol et se fléchit pour supporter bientôt de nouveau le poids du corps par ses trois points, puis par son talon antérieur et ainsi de suite. Que se passera-t-il donc si le long péronier latéral est au-dessous de sa tâche, s'il est affaibli ou paralysé. Lors de l'élévation du talon postérieur, il ne pourra plus abaisser avec assez de puissance le talon antérieur, et le triceps agissant seul appliquera sur le sol le bord externe du pied solidement uni, comme nous l'avons vu, au calcanéum, par le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur. A l'état normal lorsqu'on se tient sur la pointe du pied, dans le saut, dans la danse, le talon antérieur se trouve dans la direction de la ligne droite fictive qui représente l'axe du membre inférieur. Mais si ce talon antérieur se trouve, par l'insuffisance d'action du long péronier latéral, transporté du premier métatarsien au quatrième, cette ligne fictive sera déviée obliquement en dehors et se trouvera dans la direction des mouvements de l'articulation calcanéo-astragalienne ; cette dernière articulation, mise en mouvement, produira dans ces conditions, le renversement du pied en dehors et son abduction, car le jambier postérieur est trop faible pour lutter contre l'abduction et supporter le poids du corps. Ainsi se produira à chaque pas, pendant la marche, un mouvement de valgus et par conséquent un frottement anormal entre les surfaces articulaires de l'astragale et celles

du calcanéum. Ce frottement équivaut à une entorse qui se reproduira mille, deux mille fois et plus pendant la journée; il occasionnera des douleurs et plus tard des désordres articulaires, par l'écrasement de certains points des surfaces de l'articulation sous-astragalienne. C'est sur elle en effet que porte alors le poids du corps, tandis que normalement, quand le long péronier latéral n'est pas affaibli, c'est l'articulation tibio-tarsienne seule qui entre en jeu, et tout le poids du corps est supporté directement par le puissant muscle du mollet.

Telle est, Messieurs, la conséquence de l'impotence du long péronier latéral; vous voyez qu'elle produit un *pied plat*, puisque c'est le long péronier qui doit par sa contraction creuser la voûte plantaire, et ce *pied plat* est *valgus* et *douloureux*. Cette dénomination de *valgus pied plat douloureux*, imposée par MM. J. Guérin et Bonnet (de Lyon) à certains vices de conformation du pied ou pieds bots, est fondée sur une déformation et une direction vicieuse du pied auxquelles se joint l'élément douleur, mais si cet ensemble de symptômes se rencontre souvent, je ne vois cependant pas là de raison suffisante pour accepter un nom qui pourrait cesser d'être exact dans le cas où l'un de ses éléments viendrait à manquer. Il peut en effet y avoir des pieds plats douloureux sans valgus, et la douleur accompagne souvent les pieds creux. Enfin, et c'est là le reproche capital que j'adresse à la dénomination de MM. J. Guérin et Bonnet, le pied plat valgus douloureux répond à des genèses diverses et reconnaît des causes différentes; il me paraît donc peu rationnel d'imposer à une maladie un nom qui ne se rapporte qu'à une collection de symptômes.

M. Gosselin a, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1865, séparé des pieds bots dits valgus pieds

plats douloureux, une affection du pied qu'on rencontre assez fréquemment chez les jeunes sujets de douze à dix-huit ans. Cette maladie qui a le plus souvent pour cause des stations trop prolongées, des marches longues ou une entorse, débute par une douleur qui siége au devant des malléoles, qui se manifeste d'abord uniquement après des fatigues et qui disparaît par le repos. Bientôt le sujet boite en marchant, lorsque la douleur prend plus d'intensité, et plus tard survient en même temps une contracture des péroniers latéraux, du jambier antérieur, ou de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du gros orteil, contracture qui fait saillir les tendons sous la peau, et produit le plus souvent le renversement de la plante du pied en dehors, c'est-à-dire le valgus. Tous ces phénomènes, claudication, douleur et contracture, ne sont d'abord que passagers, ils ne surviennent qu'avec la fatigue et disparaissent plus ou moins promptement; mais si le malade ne suspend pas ses occupations, s'il ne prend pas un repos absolu, la marche devient impossible et la contracture permanente, celle-ci ne cesse pas par le repos, et l'anesthésie seule peut amener la résolution musculaire. Enfin, on ne peut même pas vaincre la contracture par ce moyen; au bout de quelques mois, le pied est en valgus, les mouvements de flexion et d'extension sont limités et ceux de latéralité sont absolument abolis; peut-être, dans ce cas, la rétraction succède-t-elle à la contracture musculaire; en tous cas on croirait avoir affaire à une ankylose presque complète qui fixe ainsi le pied en valgus. Cette maladie dont je vous ai résumé les principaux symptômes d'après la description de M. Gosselin, est parfaitement caractérisée, ses périodes sont bien nettes; mais il est ou plutôt il était, il y a plusieurs années, assez difficile de se rendre un compte exact de sa nature. MM. J. Guérin et Bonnet

la rangeaient parmi les pieds bots et admettaient une contracture suivie de rétraction des muscles antérieurs et externes de la jambe ; cette contracture était réflexe et sous la dépendance de la douleur qui survenait par suite du pied bot ; c'était là le valgus pied plat douloureux. A cette explication, il n'y a qu'un reproche à faire, dit M. Gosselin, c'est que chez la plupart des malades, 17 fois sur 20, il n'y a pas de pied plat et la voûte plantaire présente sa concavité normale. Nous ajouterons qu'on peut voir un valgus douloureux survenir sur un pied creux, et quelle est alors la cause de la douleur initiale ? M. Gosselin l'a trouvée, et dans une autopsie qu'il fit à l'hôpital de la Pitié dans un cas de valgus douloureux arrivé à sa dernière période, chez une jeune fille morte du choléra dans ses salles, il constata : une destruction très-étendue du cartilage diarthrodial de la poulie astragalienne dans l'articulation tibio-tarsienne, dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne une sécheresse notable des surfaces articulaires et sur la tête de l'astragale une large ulcération ; la synoviale était très-rouge, ainsi que le tissu spongieux de l'os; enfin des lésions semblables existaient dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne. En résumé, la maladie désignée sous le nom de *valgus douloureux* serait, pour le savant professeur, une variété d'arthrite sèche caractérisée par une légère ostéite et une ulcération des cartilages diarthrodiaux sur l'astragale et le calcanéum. Cette arthrite calcanéo-astragalienne se développerait chez les jeunes sujets à la suite de fatigues, au moment où les os achèvent leur élongation et sont le siége d'un mouvement nutritif beaucoup plus considérable qu'à l'âge adulte. M. Gosselin a fait ressortir toute l'importance de ce travail physiologique qui, lorsqu'il est trop actif, aboutit au développement de ces ostéites épiphysaires assez fréquentes

chez les adolescents au moment du développement en longueur des os longs. L'arthrite amène la douleur et celle-ci la contracture réflexe des muscles animés par le sciatique poplité externe. Cette contracture aurait pour but de diminuer les souffrances en immobilisant l'articulation ou les articulations malades, et les choses se passeraient dans ces cas de valgus douloureux comme dans la coxalgie, où les muscles trochantériens immobilisent l'articulation coxo-fémorale au point de faire croire à une ankylose et de suspendre tous les mouvements de la cuisse sur le bassin. C'est en s'appuyant sur ces différentes considérations que M. Gosselin a proposé, pour la maladie dite valgus pied plat douloureux, le nom de *tarsalgie des adolescents* qui a le mérite de ne rien préjuger sur la forme du pied et de rappeler à la fois et la nature de l'affection et les conditions les plus ordinaires de son développement.

J'admets complétement, Messieurs, la tarsalgie des adolescents telle que l'a décrite M. Gosselin, mais je ne crois pas qu'on puisse rapporter primitivement à une ostéo-arthrite tous les valgus plus ou moins douloureux qui surviennent chez ces jeunes sujets. M. Gosselin lui-même ne serait pas aussi exclusif, et le valgus, soit pied creux, soit pied plat, peut être d'origine toute musculaire. M. Duchenne (de Boulogne) a décrit deux variétés de valgus, l'un *pied creux valgus par contracture du long péronier*, l'autre *pied plat valgus, par impotence fonctionnelle du même muscle*. La contracture du long péronier latéral survient, soit chez des sujets choréiques, soit à la suite de fatigues; quelquefois elle semble succéder à des douleurs rhumatismales localisées dans les articulations du pied, mais si elle peut provenir d'une arthrite et rentrer alors dans la maladie que nous venons de décrire, elle paraît

souvent primitive, et M. Nélaton l'a désignée dans ses leçons sous le nom de *crampe du pied*, l'assimilant à juste titre à la crampe des écrivains. Les déformations que produit la contracture du long péronier sont exactement celles qu'on obtient par la faradisation énergique du muscle, et je vous les résumerai brièvement : La saillie sous-métatarsienne est abaissée, et la concavité de la voûte plantaire est par conséquent augmentée; le diamètre transversal de l'avant-pied, au niveau de la tête des métatarsiens, est diminué et l'avant-pied se tord sur l'arrière-pied en produisant des plis obliques à la face plantaire; le pied se porte en valgus, et le calcanéum glisse sur l'astragale; enfin le tendon du long péronier latéral fait saillie au-dessus de la malléole externe. Au début, la contracture disparaît par le repos, plus tard elle devient permanente et des brides maintiennent les surfaces articulaires dans leurs rapports anormaux. Souvent très-douloureuse, comme le sont les crampes en général, la contracture ne produit parfois aucune souffrance, et M. Duchenne explique le fait par l'abaissement du talon antérieur sur lequel porte le poids du corps par l'intermédiaire de l'articulation tibio-tarsienne. Le pied creux est en quelque sorte un obstacle à la douleur, mais celle-ci est au contraire fréquente dans les cas de pied plat où le poids du corps produit l'écrasement de l'articulation sous-astragalienne. Néanmoins, et malgré la valeur de cette explication, la douleur accompagne souvent la contracture, parfois tardivement, et alors il peut arriver qu'elle provoque elle-même d'autres contractures réflexes, et surtout celle de l'extenseur des orteils qui augmente encore le valgus. Ce qui paraît bizarre et n'en est pas moins réel, c'est que les mêmes causes peuvent produire soit la contracture du long péronier, soit son impotence fonctionnelle; dans

quelques cas même, comme chez une malade de M. Richet, on voit la fatigue amener du côté droit un valgus pied plat par impotence fonctionnelle du long péronier, et du côté gauche un pied creux par contracture du même muscle.

Le jeune homme que vous avez pu examiner dans nos salles, Messieurs, vous offre un bel exemple de cette *impotence fonctionnelle* dont il me reste à vous parler pour avoir terminé la tâche que je m'étais imposée aujourd'hui. Je vous ai raconté son histoire; elle résume les principaux traits d'une maladie que, seul jusqu'à ce jour, M. Duchenne a décrite, après l'avoir étudiée avec tout le soin qu'il apporte à l'analyse des mouvements. Il faut vous garder de confondre l'impotence fonctionnelle d'un muscle avec sa paralysie. Chez notre malade, le long péronier fatigué par un exercice au-dessus de ses forces et trop prolongé, s'est rendu en quelque sorte et a cessé de pouvoir suffire à sa tâche, il est forcé; au mois de novembre, son impuissance s'est accusée par la facilité avec laquelle le pied tournait en dehors pendant la marche; le malade usait les talons de ses chaussures en dehors, et c'est là un signe qu'il faut savoir remarquer, car il trahit un défaut d'équilibre entre les muscles destinés à maintenir le pied entre la rotation en dedans et la rotation en dehors. Notre sujet a dix-sept ans; à cet âge, la fibre musculaire n'est pas assez forte pour supporter de grandes fatigues, aussi est-ce dans l'adolescence, après des marches ou des stations de trop longue durée, que survient en général l'impotence du long péronier latéral.

On peut distinguer plusieurs périodes dans la succession des symptômes qui caractérisent cette affection. Dans la première, le pied tourne en valgus pendant la marche ou la

station, mais cette déviation du pied ne s'accompagne pas de douleurs. Lorsque le sujet est couché ou quand le pied ne repose pas sur le sol, la déviation disparaît et le pied reprend sa forme naturelle. Après un repos d'une certaine durée, on constate que, sous l'influence de la volonté, le long péronier se contracte assez énergiquement et abaisse avec force la saillie sous-métatarsienne ; si l'on essaye de la fléchir, en conseillant au malade de résister à la pression que la main exerce de bas en haut, le bord interne du pied résiste à l'impulsion qu'on cherche à lui communiquer et s'étend sur l'arrière-pied, comme si l'on électrisait le long péronier latéral. Dans cette première phase de la maladie, les malades ne se plaignent pas, mais ils marchent d'une façon disgrâcieuse, traînent la jambe et s'arrêtent souvent ; il leur est impossible de se tenir sur la pointe du pied, ils éprouvent une répugnance marquée pour la marche, se disent promptement fatigués, et en général les parents des jeunes gens sont frappés par leur manière de tourner le pied. La malléole interne est saillante, et au cou de pied apparaît une grosseur qui n'est autre chose que la tête de l'astragale qui proémine au-dessus du scaphoïde abaissé ; enfin il se développe à la longue des durillons au niveau de la tête des deux derniers métatarsiens et au-dessous et en dedans de la première phalange du gros orteil. Si ces premiers symptômes passent inaperçus, et si le malade continue à se fatiguer, le valgus augmente, et bientôt apparaît une douleur assez vive localisée en avant de la malléole externe, au niveau de la dépression qui existe normalement en avant et en dehors de la mortaise. Cette douleur est intimement liée au valgus, et nous avons vu plus haut pourquoi. Le pied portant sur la tête des derniers métatarsiens exclusivement, quand le talon postérieur s'élève,

la pression de bas en haut qui s'exerce sur le bord externe de l'avant-pied met en mouvement l'articulation calcanéo-astragalienne bien plus fortement que l'articulation tibio-tarsienne et produit le valgus; le bord antérieur de la facette articulaire postérieure de l'astragale vient alors appuyer contre la fosse triangulaire qui termine antérieurement la rainure où se trouve le ligament interosseux et comprimer douloureusement les tissus qui l'occupent.

Vous avez entendu, Messieurs, le malade se plaindre de cette douleur, vous en connaissez maintenant l'explication; il vous a dit en outre que lorsqu'il se couchait, ses orteils se relevaient et restaient étendus sur le pied jusqu'à ce que la douleur se fût calmée; c'est là une de ces contractures réflexes que M. Gosselin a notées dans les cas de tarsalgie qu'il a décrits; en effet, les muscles dont les tendons passent dans le voisinage des articulations douloureuses sont susceptibles de se contracturer, et ceux qui sont le plus souvent atteints sont ici l'extenseur commun des orteils et le court péronier latéral. Ces muscles tendent à immobiliser l'articulation, et leur contracture a pour effet d'augmenter l'abduction et de rendre le valgus permanent, même après plusieurs jours de repos.

Ainsi, au début, le valgus est en quelque sorte passif; il résulte de la pression de bas en haut exercée par le sol sur le bord externe du pied, et disparaît quand la pression cesse, le long péronier ayant encore assez de force pour abaisser le talon antérieur quand il ne rencontre aucune résistance; plus tard, le valgus devient permanent par contracture de l'extenseur commun et du court péronier latéral; enfin, si l'affection n'est pas énergiquement traitée, la rétraction succède à la contracture, les ligaments se raccourcissent, les surfaces articulaires se déforment, et il survient de graves

désordres contre lesquels la thérapeutique la mieux entendue peut rester inefficace. Quant à la voûte plantaire, sa forme dépend, comme la permanence du valgus, de l'état des muscles qui augmentent ou diminuent sa concavité par leur contraction. Le valgus peut être pied creux ou pied plat; l'impotence fonctionnelle du long péronier produit le pied plat, et cette déformation de la voûte a pour fâcheux résultat de permettre la compression des nerfs plantaires habituellement protégés. Dans la première période, le pied ne devient plat que pendant la marche, passivement, sous l'influence de la pression du sol qui produit aussi le valgus, et il reprend sa forme normale, lorsqu'au repos le long péronier a la force d'abaisser la saillie sous-métatarsienne, d'où dépend, comme je vous l'ai dit, la concavité de la voûte plantaire.

Dans la seconde période, le pied plat est la règle, non-seulement pendant la marche, bien entendu, comme dans la première, mais le plus souvent aussi au repos, lorsque, ce qui est fréquent, il survient secondairement une contracture du jambier antérieur, muscle antagoniste du long péronier et dont la contraction détruit la concavité de la voûte en élevant le bord interne du pied et particulièrement le premier métatarsien. Cependant le long péronier lui-même, tout impotent qu'il est dans la marche, peut se contracturer au repos, et le valgus, pied plat par impotence pendant la marche, peut devenir valgus pied creux lorsque le malade est couché, par contracture réflexe ou secondaire alors du long péronier.

Dans ce cas, remarquez bien que le valgus pied plat précède toujours le valgus pied creux, et ces deux variétés se produisent dans des conditions absolument différentes. Ainsi, pendant la marche, pied plat valgus; pendant le repos,

pied plat valgus, s'il y a contracture réflexe du long extenseur commun des orteils et du court péronier latéral; pied creux valgus si le long péronier se contracture secondairement; enfin pied plat si le jambier antérieur l'emporte sur le long péronier. Dans ce cas, le pied plat est non pas valgus, mais varus, du moins pour l'avant-pied; toutefois le valgus succède au varus quand le malade se remet à marcher, c'est-à-dire lorsque le poids du corps renverse le bord externe du pied en dépit de la contraction du jambier; ceci vous explique, Messieurs, pourquoi le valgus est un effet de l'impotence du long péronier, impotence qui semble au premier abord devoir permettre au jambier antérieur de produire un varus en élevant le bord interne du pied, puisque le muscle qui doit l'abaisser est devenu incapable de remplir ses fonctions.

Dans cette seconde période, qu'on pourrait appeler *période des contractures réflexes*, le repos peut encore rendre au pied sa forme normale en amenant la résolution musculaire, mais il n'en est pas ainsi dans la troisième ou *période de valgus permanent;* des brides s'organisent, des adhérences fixent les surfaces articulaires les unes aux autres, puis la rétraction musculaire succède à la contracture; le malade peut alors marcher sans douleur, grâce aux fausses ankyloses de ses articulations déformées; mais le poids du corps porte souvent tout entier sur le scaphoïde ou sur le bord interne du pied, qui devient convexe; là se forment donc des durillons, tandis que la peau ne présente pas son épaississement habituel au-dessous de la saillie sous-métatarsienne.

Vous avez pu reconnaître, Messieurs, par cette description du valgus par impotence fonctionnelle du long péronier, la maladie dont est atteint notre jeune malade; quand il est

entré dans nos salles, il présentait tous les symptômes que nous avons groupés dans la seconde période : douleur, pied plat valgus pendant la marche, contracture réflexe de l'extenseur commun des orteils et du court péronier latéral au repos, contracture même du long péronier latéral ayant pour effet d'augmenter le valgus, mais de produire un pied creux. Ce pied creux était tellement évident qu'on aurait pu, dans un examen superficiel, le considérer comme la déformation primitive; mais, au repos même, la saillie métatarsienne se laissait facilement fléchir et le muscle n'opposait pas la résistance énergique que produit la contracture primitive du muscle. De plus, si l'on faisait marcher le malade, on voyait cette contracture cesser et le valgus pied plat devenait si prononcé, que le scaphoïde paraissait être le point sur lequel portait tout le poids du corps. On aurait pu, à la rigueur, admettre ici un certain degré d'arthrite primitive, une tarsalgie des adolescents; mais l'exploration électrique des muscles de la jambe permettait de constater très-nettement l'affaiblissement du long péronier latéral, et les savantes explications de M. Duchenne (de Boulogne) m'ont converti à des idées que je n'acceptais auparavant qu'avec peine. C'est dans l'examen de la force de contraction de chaque muscle que vous devrez chercher les notions qui vous permettront, dans ces maladies difficiles du pied, d'arriver à un diagnostic précis; sans cette précision, et sans la connaissance exacte de l'enchaînement des symptômes que je vous ai exposés, vous ne pouvez pas espérer beaucoup de votre thérapeutique.

Que devons-nous tenter, Messieurs, contre ces valgus, et quel résultat nous a donné le traitement mis en usage chez notre malade?

Dans la tarsalgie des adolescents, lorsqu'on soupçonne

des lésions articulaires comme point de départ de la douleur et des contractures, le mieux est d'imiter M. Gosselin et de condamner le malade au repos absolu ; bientôt la douleur cesse et avec elle le valgus. Si les contractures sont rebelles et résistent aux pressions qui ont pour but de replacer les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux, M. Gosselin, grâce à l'anesthésie, les fait disparaître et applique un appareil inamovible qui maintient pendant longtemps les surfaces malades dans l'immobilité absolue. Il applique, en un mot, aux tarsalgies le traitement employé avec tant de succès par Bonnet (de Lyon) contre les coxalgies. Enfin, si l'on ne peut redresser le pied ni après le repos, ni par le sommeil anesthésique, à cause de la rigidité des articulations et de la rétraction des muscles, le meilleur parti à prendre est de laisser les douleurs se calmer par le repos et l'immobilisation, et lorsqu'elles ont disparu, ce qui indique la cessation de tout état aigu, le malade peut marcher, un peu difficilement il est vrai, mais sans souffrance, grâce peut-être à la soudure des surfaces articulaires. En tous cas, la ténotomie ne peut produire aucun bon résultat, puisque la rétraction tendineuse n'est pas la cause, mais la conséquence de la maladie; nous nous garderions donc bien de la pratiquer, et tout au plus appliquerions-nous des appareils orthopédiques destinés à redresser la difformité.

Lorsque le valgus résulte de l'impotence ou de la contracture du long péronier latéral, le traitement est tout autre; aussi ne saurions-nous trop insister sur la nécessité de bien établir le diagnostic. Dans des cas de crampe du pied, M. Nélaton a obtenu des guérisons radicales par la section du long péronier, et M. Duchenne fait remarquer avec juste raison que la ténotomie doit être faite le plus

haut possible, pour ne pas obtenir une adhérence des bouts du tendon coupé avec la coulisse dans laquelle il doit glisser, sinon, après la cicatrisation, le muscle ne peut plus agir et les fonctions du pied sont gravement compromises. M. Richet a guéri également par la ténotomie des valgus par contracture du long péronier, mais il importe de ne pas confondre la contracture primitive avec la contracture réflexe ou secondaire; celle-ci ne fait que masquer l'impotence du muscle, et la ténotomie aurait pour résultat d'augmenter la difformité et de la rendre incurable, en ôtant au malade les chances de guérison que lui offrirait l'électrisation si le muscle était atteint d'impotence fonctionnelle. Dans ces cas, en effet, le simple bon sens indique que, pour combattre le valgus, tous les efforts du chirurgien doivent tendre à restituer au long péronier la force dont il est dépourvu.

Chez notre malade, le long péronier a été électrisé depuis six semaines régulièrement chaque matin, et, sous l'influence de l'excitation galvanique, le long péronier se contracte de jour en jour avec plus d'énergie; le premier effet du traitement a été de supprimer la douleur; aujourd'hui les contractures réflexes ont disparu, la saillie sous-métatarsienne s'abaisse avec force, et le poids du corps repose, pendant la marche, sur son point d'appui naturel, sans que le pied se porte en valgus avec la même puissance. Le malade peut même se soulever sur la pointe du pied, mouvement qui, il y a un mois, eût été absolument impossible.

Vous voyez, Messieurs, que dans ces cas d'impotence fonctionnelle bien différents des tarsalgies, le repos ne suffit pas pour amener la guérison; bien plus, il serait nuisible en laissant le muscle s'affaiblir de jour en jour davantage, et notre jeune malade n'a retiré aucun bénéfice

de l'immobilité dans laquelle est resté son pied à Saint-Antoine pendant un mois ; ce qu'il faut combattre, ce n'est pas une arthrite, c'est une impotence musculaire, et l'électrisation localisée du muscle malade est le seul traitement efficace. Lorsque la difformité est ancienne, il est souvent utile de redresser le pied pour rompre les adhérences qui peuvent fixer les extrémités articulaires dans des positions vicieuses ; mais ici l'amélioration se fait si nettement sentir sous l'influence du traitement que nous avons institué, que je ne crois pas devoir le modifier.

QUINZIÈME LEÇON

AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED

Amputations partielles du pied et amputation sus-malléolaire.

Messieurs,

Il est entré, il y a deux jours, dans ce service, une jeune femme, blonde, d'aspect maladif, marchant à l'aide d'un pilon analogue à celui dont se servent les malades auxquels on a amputé la jambe; cette femme n'a cependant qu'une affection du pied, mais elle ne peut prendre un point d'appui que sur le genou, tant la moindre pression exercée sur les parties malades est douloureuse. Voici en quelques mots son histoire: dans son enfance, elle était pâle, chétive et d'une santé très-délicate; à onze ans, elle eut une rougeole et prétend qu'une nuit, dans les mouvements qu'elle faisait dans son lit, elle se découvrit et se réveilla les pieds appuyés contre la muraille et glacés; le même jour l'éruption rubéolique avait disparu. L'enfant se remit pourtant, mais à la fin de sa convalescence elle éprouva des douleurs dans tous les membres, surtout dans les membres inférieurs, et ne put marcher qu'avec de grandes difficultés et en s'appuyant sur une canne. Trois mois après la fin de la rougeole, il survint en un jour un gonflement du pied droit tel, qu'on fut obligé de couper la bottine pour pouvoir la retirer.

A partir de cette époque la malade ressentit une douleur fixe au niveau du talon et au-dessous de la malléole externe, et elle fut obligée de garder le lit presque continuellement, étant incapable de poser le pied par terre. Trois mois après le début du gonflement, on appliqua au-dessous de la malléole externe un moxa qui eut pour résultat de produire l'ouverture d'un abcès qui ne se ferma qu'au bout de plusieurs mois.

De quinze à dix-huit ans l'état de la malade s'améliore; elle engraisse, devient moins pâle et peut marcher à l'aide d'une bottine solide qui fixe le pied et limite ses mouvements; mais à dix-huit ans surviennent brusquement, sans cause apparente, sans que la malade se soit fatiguée, sans qu'elle ait fait une chute, de très-vives douleurs dans le mollet droit; puis le talon enfle de nouveau, la peau rougit, s'ulcère, et il s'établit au-dessous de la malléole externe des trajets fistuleux par lesquels s'écoule un pus sanieux qui entraîne de temps à autres de petits séquestres. Le pied se déforme de plus en plus, et depuis dix ans, la malade qui en a aujourd'hui vingt-huit, ne peut plus marcher sans béquille.

Si vous l'avez examinée, vous avez pu constater que le pied droit est fortement étendu sur la jambe, dans la position qui répond à cette variété de pied bot dite : pied bot équin; la pointe du pied est déviée en dehors ainsi que les orteils qui sont en outre fléchis sur les métatarsiens et maintenus dans leur position anormale par une rétraction des tendons des fléchisseurs; la malade peut encore leur imprimer quelques mouvements, c'est-à-dire qu'elle peut exagérer la flexion, mais toute extension est impossible; le médius et le quatrième orteil surtout sont presque immobiles, le cinquième métatarsien est sur un plan un peu

plus élevé que celui qu'occupent les autres, ce qui produit un certain degré de valgus, le premier métatarsien et le bord interne du pied sont abaissés; en un mot, on croirait, à première vue, se trouver en présence d'une contracture du long péronier latéral; sans aucun doute il n'en est rien, mais ce muscle est probablement rétracté et les symptômes produits par cette rétraction sont les mêmes que ceux qui succèdent à une contracture, à leur intermittence près. Les articulations du tarse sont immobiles, celle du cou-de-pied peut exécuter encore quelques mouvements de flexion. La région malléolaire interne est gonflée, bombée, et la malléole interne forme une saillie très-apparente. Au-dessous et en arrière de la malléole externe, la peau est déprimée, adhérente, et à ce niveau se voient trois orifices fistuleux qui permettent de conduire le stylet sur des séquestres qui paraissent durs et mobiles. Le pus qui s'écoule par les fistules est blanchâtre, épais et entraîne des parcelles osseuses. Le bord externe du pied est raccourci de 2 centimètres; l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien est très-rapprochée de la malléole externe : le cuboïde semble avoir disparu, et à sa place se trouve une dépression profonde au fond de laquelle est une des fistules. Les deux autres sont situées sur la face externe du calcanéum; cet os semble avoir également subi une perte de substance et une réduction de volume notable. Les muscles de la jambe et de la cuisse sont atrophiés, la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse, et celle-ci a subi un mouvement de rotation en dehors qui permet à la jambe malade de croiser la face antérieure du genou sain. Cette jambe repose sur un pilon, et ce n'est que dans cette position bizarre, qui a amené une saillie des tendons du biceps et du demi-membraneux, que la malade peut marcher.

Quant à l'état général, il est assez satisfaisant ; la malade, depuis dix ans, ne s'est pas trop affaiblie ; quoique maigre, elle n'a pas cette teinte jaune-paille qui est le cachet des constitutions délabrées ; elle ne tousse pas et l'auscultation ne fait soupçonner aucun signe de phthisie pulmonaire.

La question qui nous intéresse ici, Messieurs, ce n'est pas la maladie à laquelle nous avons affaire, c'est le traitement que nous devons instituer ou plutôt l'opération qu'il nous faudra pratiquer. Le diagnostic de la lésion est en effet des plus simples : nous sommes en présence d'une ostéite chronique, avec nécrose du cuboïde et du calcanéum ; puisque des fragments osseux ont été entraînés par le pus, puisque le bord externe du pied est raccourci et l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien rapproché notablement de la malléole, il y a eu évidemment destruction et élimination de portions plus ou moins considérables du cuboïde ou du calcanéum.

Les fistules qui permettent d'arriver avec le stylet sur la face externe de ce dernier os ne permettent pas non plus de mettre en doute que cet os soit atteint, et la diminution de son volume se rapporte bien à l'élimination de séquestres qui s'est produite pendant si longtemps. Ce qui a déterminé cette manifestation de la diathèse scrofuleuse sur les os du tarse, c'est, nous n'en doutons pas, la rougeole, celle de toutes les fièvres éruptives qui ébranle le plus les constitutions débiles, qui force la diathèse à se manifester, et qui serait presque capable de la développer, si elle n'existait pas. La rougeole porte surtout son action sur les muqueuses ; c'est elle qui engendre ces blépharites chroniques, généralement ciliaires, à la suite desquelles le bord libre des paupières apparaît déformé, arrondi, dépouillé de ses cils, et présente cet aspect qu'on a désigné sous le nom peu élé-

gant d'*œil d'anchois*. Souvent aussi la rougeole est suivie de phthisie pulmonaire, mais ce qui est moins connu, c'est le rôle très-important qu'elle joue dans la pathogénie de certaines affections du tissu osseux, si susceptible de s'altérer chez les scrofuleux. On a dit avec raison que chacune des fièvres éruptives s'attaquait dans ses complications à des systèmes différents, et réveillait une diathèse différente. La scarlatine frappe surtout les séreuses, la plèvre, le péricarde, l'endocarde, et semble prédisposer les sujets rhumatisants aux affections qui se rattachent à leur constitution. La variole produit une véritable diathèse purulente. La rougeole est éminemment favorable au développement des tubercules pulmonaires, elle engendre des catarrhes des muqueuses, elle frappe le squelette et produit des ostéites avec toutes leurs conséquences.

Un enfant, chez lequel vous m'avez vu pratiquer le redressement d'une fausse ankylose du genou, avait contracté une tumeur blanche de cette articulation à la suite d'une rougeole. Une autre enfant, auquel nous avons suturé les paupières pour lutter contre un ectropion cicatriciel résultant d'une perte de substance du rebord orbitaire, avait eu une altération de cette portion du squelette à la suite de la même maladie; celle-ci marque souvent le début des coxalgies; ici, nous n'hésitons pas à attribuer à sa pernicieuse influence la nécrose des os du tarse dont notre malade est atteinte. Il y a eu là une répercussion de la maladie, ou plutôt une modification de la constitution, une poussée scrofuleuse sur les os. Si la malade avait pu vivre dans de bonnes conditions hygiéniques, à la campagne, bien nourrie et dans un bon air, peut-être auraitelle guéri, surtout si elle avait pu faire quelques saisons dans des villes d'eaux minérales, à la Bourboule, par

exemple, prendre des eaux chlorurées, passer un hiver dans le midi, à Cannes, à Menton; malheureusement, elle n'a pu lutter contre une affection aujourd'hui très-avancée; nous devons donc nous efforcer de rendre sa vie moins pénible, en tâchant de la mettre en état de se servir de son membre absolument impropre à la marche dans l'état actuel.

Et d'abord, devons-nous songer à guérir les os malades, à amener l'élimination des séquestres et à faire ici de la chirurgie conservatrice? Je vous montrerai, dans une de nos prochaines réunions, un pied que M. Richet a cru devoir amputer pour une carie du calcanéum; ni le drainage, ni l'évidement de l'os pratiqué par M. Nélaton, n'avaient pu arrêter les progrès du mal. Ici les lésions sont encore plus avancées qu'elles ne l'étaient chez le malade auquel je fais allusion, et je ne crois pas qu'on puisse conserver l'espérance de les guérir. Le drainage, cette ressource si précieuse dans bien des circonstances, échoue souvent dans les cas de carie ou de nécrose des os du tarse, il demande à être employé longtemps, avec persévérance, et, pendant le traitement, les malades s'épuisent et peuvent succomber, soit à l'abondance de la suppuration, soit au développement de tubercules pulmonaires; de plus, en supposant un succès, en admettant que notre jeune femme soit de force à résister à ces causes de mort, tout me porte à penser que les débris presque informes qui lui resteraient de son pied ne sauraient lui être d'une grande utilité pour la marche. Le calcanéum ne serait plus qu'un tubercule reposant sur des tissus cicatriciels probablement douloureux; les articulations du tarse, soudées intimement les unes aux autres, constitueraient une tige rigide, sans décomposition de mouvements et exposée à des chocs qui

pourraient ramener l'inflammation dans un tissu prédisposé; bref, je crois qu'il faut nous arrêter à l'idée d'une opération radicale.

Quelle est, Messieurs, l'opération qu'il convient de pratiquer chez notre malade? Devons-nous amputer la jambe et, dans ce cas, la couperons-nous au lieu d'élection? Devrons-nous avoir recours à une amputation partielle du pied?

L'histoire des amputations partielles du pied, Messieurs, est de date relativement récente; comme toutes les opérations nouvelles, celles-ci ont eu leur période d'engouement, mais bientôt est venue la réaction, et enfin les amputations partielles sont entrées dans une phase où les indications en ont été sagement posées, et où les procédés opératoires ont été discutés et parfaitement réglés; on peut donc les juger aujourd'hui par leurs résultats et les comparer les unes aux autres sans parti pris.

C'est à un chirurgien français, à Chopart, que revient le mérite d'avoir le premier, en 1787, appelé l'attention sur les amputations partielles du pied et, suivant Boyer, il pratiqua sa première opération en 1791. Avant lui, Textor et Monteggia en avaient indiqué les principes, mais néanmoins on amputait souvent la jambe pour des lésions qui ne comprenaient pas toute l'étendue du pied. Quand Chopart eut montré tout l'avantage qu'on pouvait retirer de ces amputations partielles, sa pratique fut généralement imitée et les guerres de l'Empire vinrent malheureusement fournir aux chirurgiens français de trop nombreuses occasions d'essayer le nouveau procédé. Celui-ci devint dès lors à la mode et l'on en abusait, lorsqu'en 1830 se produisit contre lui une réaction due surtout à l'initiative de Velpeau. A cette époque, les chirurgiens rivalisaient encore dans leur

désir de multiplier les amputations partielles du pied; aujourd'hui en France et en Angleterre, la question est mieux étudiée; il ne suffit pas en effet de pratiquer une opération brillante, et d'obtenir une cicatrisation facile et prompte pour proclamer bien haut un succès, il faut encore s'assurer que l'opération est bonne, c'est-à-dire qu'elle permet au malade de se servir le mieux possible du segment de membre qui lui reste; on doit constater l'état des malades longtemps après la cicatrisation de la plaie, cicatrisation qui peut ne pas être une guérison, dans le vrai sens du mot, si la marche est impossible ou par trop pénible, enfin il est indispensable pour avoir le droit d'émettre une opinion éclairée, de comparer entre eux les résultats fournis par les différentes opérations.

Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de vous décrire en détails les différents procédés applicables à ces amputations, mais pour les comparer les uns aux autres, je dois cependant vous donner sur les plus importants d'entre eux quelques indications sommaires.

L'amputation de Chopart se pratique dans l'articulation médio-tarsienne, entre les surfaces articulaires du calcanéum et de l'astragale d'une part, du cuboïde et du scaphoïde de l'autre. Lorsque le pied est porté dans l'extension, les points de repère sont la saillie du scaphoïde, située à 2 centimètres 1/2 en avant de la malléole interne, et l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, derrière laquelle on doit porter le couteau à 1 centimètre 1/2, c'est-à-dire à un travers de doigt, pour ouvrir l'articulation calcanéo-cuboïdienne; l'interligne articulaire est à 3 centimètres environ en avant de la malléole externe; il est toujours facile, même lorsque les tissus sont gonflés, de sentir l'extrémité du cinquième métatarsien sur laquelle on applique

le doigt qui fixe l'avant-pied, en même temps qu'il indique le point sur lequel on doit se guider pour pénétrer dans l'articulation.

L'interligne de l'articulation médio-tarsienne n'est pas transversal, et l'on doit diriger le couteau suivant une ligne oblique de dedans en dehors et un peu d'arrière en avant, car le cuboïde dépasse de 2 millimètres au moins la tête de l'astragale. Chopart taillait au devant de l'articulation un lambeau carré au moyen de trois incisions, et recouvrait les saillies articulaires par un lambeau plantaire. Aujourd'hui on a remplacé ce lambeau dorsal quadrilatère par un lambeau convexe en avant, mais on conserve toujours le lambeau plantaire, quoique Baudens ait proposé de lui substituer un lambeau dorsal. On ne doit avoir recours, en règle générale, à ces lambeaux dorsaux, dans les différentes variétés d'amputations du pied, que lorsque la peau de la plante du pied est trop altérée pour pouvoir être utilisée, sinon l'épaisseur et la vitalité de celle-ci la rendent éminemment propre à servir de coussinet et à supporter le poids du corps. M. Sédillot a modifié heureusement le procédé de Chopart en taillant deux lambeaux presque verticaux, l'un externe, l'autre interne plus long, opération qui donne une plaie oblique de peu d'étendue, dont la cicatrisation est plus rapide; mais ces différentes méthodes ne changent en rien les conditions dans lesquelles se trouve la base de sustentation après guérison, et l'amputation médio-tarsienne n'en est pas moins attaquable au point de vue de ses résultats. Sans doute tous les chirurgiens comptent des succès et des succès durables, mais trop souvent on a dû pratiquer des amputations secondaires, et si les malades marchent bien pendant un, deux ou trois ans, on voit fréquemment la déambula-

tion devenir plus tard douloureuse et difficile, et en voici la raison :

A l'état normal le pied repose sur le sol par deux points principaux, le talon et la tête du premier métatarsien abaissé par le long péronier latéral; l'astragale transmet le poids du corps au scaphoïde, aux cunéiformes et aux métatarsiens; lorsque par l'amputation médio-tarsienne, le point d'appui antérieur se trouve supprimé, le poids du corps ne s'en porte pas moins en avant, par le fait de l'inclinaison de la surface articulaire du tibia, et grâce à l'obliquité des facettes articulaires de l'astragale, cet os tend alors à glisser en avant et en dehors sur le calcanéum et abaisse l'extrémité cuboïdienne de celui-ci qui vient presser contre le sol pour rendre au pied mutilé son point d'appui antérieur. La grosse tubérosité du calcanéum s'élève alors nécessairement, et il se produit là un mouvement de sonnette par lequel l'extrémité postérieure de l'os se porte en haut et en arrière pour se coller à la face postérieure du tibia, tandis que sa grosse apophyse comprime fortement le lambeau plantaire contre le sol.

Cette explication de l'ascension du calcanéum, formulée par M. Sédillot, nous paraît vraie, mais on doit en outre attacher une certaine importance au rôle que peut jouer ici la rétraction des tissus fibreux et celle des jumeaux et du soléaire dont les antagonistes n'existent plus. Marc-Antoine Petit, en 1799, a, par la section du tendon d'Achille, combattu avec succès ce mouvement de bascule du talon, et bien des opérateurs ont été heureux en l'imitant. Il faut donc tenir compte de l'influence de la rétraction musculaire, mais gardez-vous pourtant de vous en exagérer l'importance, car on a trouvé, dans certains cas, le tendon d'Achille relâché et souvent la ténotomie n'a pu corriger l'ascension du

calcanéum. Quelquefois même cette opération n'est pas praticable, comme l'a montré M. Stanski, qui, sur un membre qu'il amputa chez une malade à laquelle Michon avait pratiqué quatre ans auparavant la désarticulation de Chopart et chez laquelle on avait coupé le tendon d'Achille, trouva rétractés les muscles de la région postérieure et profonde de la jambe et les fibres postérieures des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne. Dans ce cas, très-intéressant au point de vue de la question qui nous occupe, les tendons du jambier postérieur, du long fléchisseur commun des orteils et du long fléchisseur propre du pouce étaient fixés solidement à la partie antérieure de la face inférieure du calcanéum, tandis que les tendons des muscles jambier antérieur et extenseur commun n'adhéraient qu'à la peau et ne pouvaient lutter contre les extenseurs du pied qui agissaient puissamment sur le bras du levier formé par l'os.

Quelle que soit, du reste, l'explication du fait, celui-ci est fréquent et l'ascension du calcanéum aurait lieu deux fois sur trois, d'après la statistique de Robert; elle a presque toujours pour conséquence l'ulcération du lambeau plantaire, l'inflammation se propage aux extrémités osseuses, des fistules s'établissent et la déambulation devient impossible; nous pensons donc, avec M. Nélaton, que l'amputation de Chopart ne doit être pratiquée que chez les vieillards, chez les gens qui n'ont pas besoin de se servir activement de leur membre, et nous serions même disposés à la rejeter dans ces circonstances, car, comme j'espère vous le démontrer, d'autres opérations, sans exposer les malades à plus de dangers, sont suivies de résultats plus avantageux.

Il est un précepte, Messieurs, auquel les chirurgiens ont le devoir de toujours se conformer; c'est celui qui nous ordonne d'amputer de préférence le plus loin possible de la

racine du membre. On peut dire que c'est au pied surtout que l'on conçoit clairement l'utilité de cette règle. Plus le bras du levier sera long, plus la base de sustentation sera large et la marche facile; aussi la meilleure de toutes les amputations partielles est-elle l'amputation tarso-métatarsienne faite par le procédé de Lisfranc, opération qu'on pratiquait avant lui, mais qu'il a si bien décrite et réglée dans tous ses temps qu'on peut l'en considérer comme l'inventeur.

Lorsque quelques-uns des métatarsiens sont broyés ou malades, le mieux est de ne retrancher en totalité ou en partie que ceux dont l'ablation est indispensable. Ces opérations pour lesquelles on ne peut pas tracer de règle absolue, ont l'immense avantage de laisser au pied une plus grande partie de sa base et, quelle que soit la difformité des moignons, l'important est de permettre au malade de marcher le mieux possible; si l'on doit supprimer toute la partie antérieure de l'avant-pied, il n'est pas permis d'hésiter entre l'opération de Lisfranc et celle de Chopart. Nous avons vu les dangers auxquels expose cette dernière; l'amputation tarso-métatarsienne n'est pas suivie du mouvement de bascule du calcanéum, le pied trouve un point d'appui solide dans le scaphoïde et les cunéiformes, et l'équilibre statique n'est pas profondément modifié ; enfin les coulisses tendineuses ne sont pas aussi largement ouvertes, quelques-unes mêmes sont respectées, et l'on évite ainsi les fusées purulentes vers la jambe qui se produisent assez fréquemment à la suite des autres amputations du pied.

S'il est impossible de pratiquer l'opération de Lisfranc, on doit encore préférer à celle de Chopart ces amputations irrégulières dans lesquelles on conserve le cuboïde ou l'un des cunéiformes; en un mot, il faut toujours reculer devant

la suppression d'un des os du tarse, à moins que l'on ait à craindre que sa présence dans le moignon ne soit un obstacle à la marche.

Entre l'amputation tarso-métatarsienne et l'amputation de Chopart, il y avait encore place pour une opération qui fut exécutée d'abord par erreur, mais qui peut passer dans la pratique : je veux parler de l'amputation médio-tarsienne avec conservation du scaphoïde. Souvent les élèves, dans leurs essais opératoires sur le cadavre, se trompent d'interligne articulaire et, voulant faire l'amputation de Chopart, ouvrent les articulations cunéo-scaphoïdiennes au lieu de l'articulation du scaphoïde avec l'astragale; Jobert et avant lui Dupuytren, au dire de Robert, commirent une semblable méprise, non sans utilité pour les malades, et M. Laborie ayant constaté l'heureux résultat d'une opération qui, au premier abord, semblait mauvaise, lut en 1843, à l'Académie de médecine, un mémoire dans lequel il s'efforçait de démontrer sa supériorité sur l'amputation médio-tarsienne proprement dite. Il suffit, si l'on veut imiter les chirurgiens qui ont, à leur insu et malgré eux, inventé ce nouveau procédé opératoire, de porter le couteau non plus en arrière, mais en avant de la saillie scaphoïdienne; on sépare ainsi les trois cunéiformes en glissant sur la face convexe du scaphoïde, et l'on taille un lambeau plantaire comme dans le procédé classique, en ayant soin seulement de le faire un peu plus long. Cette opération bâtarde, en quelque sorte, doit sa supériorité à la longueur plus grande qu'elle laisse au bras de levier sur lequel repose le poids du corps; M. Laborie lui a donné droit de cité dans le cadre des opérations chirurgicales, et l'on doit y avoir recours si l'amputation de Lisfranc est impraticable.

Enfin, si le calcanéum doit être enlevé, on peut encore respecter l'articulation tibio-tarsienne, et je dois vous dire ici quelques mots d'une opération indiquée, mais non exécutée, par un chirurgien de province distingué, par M. de Lignerolle, qui proposa de conserver l'astragale et les malléoles. Textor pratiqua le premier cette amputation sous-astragalienne. M. de Lignerolle avait proposé de faire deux lambeaux latéraux égaux, et M. Traill a employé ce procédé dans un cas de nécessité où, ne pouvant tailler un lambeau plantaire, il fit deux lambeaux latéraux mais inégaux, afin de déplacer la cicatrice et de ne pas la faire porter directement sur le sol.

Malgré ces essais, on peut dire, avec Robert, que l'amputation sous-astragalienne n'a été vraiment adoptée que depuis le mémoire de Malgaigne qui parut en 1846. A partir de cette époque les succès se multiplièrent; Malgaigne, dans sa première opération, tailla un lambeau dorsal, mais ce fut là un procédé de nécessité, car l'illustre professeur adoptait en principe la supériorité du lambeau latéral interne. Aujourd'hui, cette supériorité est incontestée, et l'on applique dans l'amputation sous-astragalienne le procédé de J. Roux (de Toulon) pour la désarticulation tibio-tarsienne, procédé qui consiste à obtenir un lambeau latéral interne plantaire et talonnier. Voici comment on trace le lambeau : l'incision commence à la partie postérieure de la face externe du calcanéum, passe à un travers de doigt au-dessous de la malléole externe, puis à une certaine distance en avant de l'articulation tibio-tarsienne, pour se terminer au niveau du bord interne du pied ; une seconde incision descend alors sur la face plantaire, puis remonte obliquement jusqu'au point de départ de la première. Le lambeau de J. Roux a sur celui de Mal-

gaigne l'avantage d'être talonnier et, par conséquent, plus épais, et de conserver les fibres postérieures ou cutanées du endon d'Achille, fibres coupées transversalement dans le premier temps de l'incision que pratiquait le professeur de la Faculté de Paris. M. Nélaton et M. Verneuil en ont un peu modifié la forme, mais ce dernier auteur a surtout insisté, en 1852, sur la manière d'attaquer le ligament interosseux avec la pointe du couteau dirigé de dehors en dedans et d'avant en arrière suivant sa direction; c'est là un détail opératoire sur lequel Lisfranc avait déjà attiré l'attention, mais dont M. Verneuil a démontré l'importance en pratiquant l'opération sur le vivant. Je ne veux pas, Messieurs, insister longuement sur ces questions de médecine opératoire qui m'entraîneraient loin de mon sujet, mais je ne puis me dispenser de vous signaler l'excellence de l'amputation sous-astragalienne qu'on pourrait appeler l'amputation de Malgaigne.

Cette opération a déjà été faite nombre de fois et avec succès; inférieure sans doute à celle de Lisfranc, elle doit être préférée à celle de Chopart, pour les raisons que je vous ai données; l'irrégularité de la face inférieure de l'astragale n'est pas, comme on pourrait le croire, une cause de douleurs pendant la marche, et d'ulcération pour le lambeau, lorsque celui-ci est suffisamment épais et bien nourri; il n'y a pas à redouter l'ascension du moignon, et la base de sustentation, quoique plus étroite que celle qu'on obtient après la désarticulation médio-tarsienne, supporte perpendiculairement à sa surface le poids du corps qui lui est transmis par le tibia.

Ma tâche serait achevée, Messieurs, si j'avais voulu seulement vous entretenir des amputations partielles du pied, mais pour arriver à choisir l'opération que nous devons

pratiquer chez notre malade, je vous dirai encore quelques mots de l'amputation tibio-tarsienne à laquelle on s'adresse si souvent, lorsque tous les os du tarse sont atteints d'une affection organique.

C'est à Baudens que revient l'honneur d'avoir, en 1839, réhabilité une opération qu'on ne pratiquait que rarement avant lui, et la chirurgie française a le droit de s'enorgueillir du progrès qu'elle a fait faire à la science, quand on voit attachés à des procédés opératoires, qui partout sont devenus classiques, les noms de Chopart, Lisfranc, Malgaigne, J. Roux, Baudens, etc. Lorsqu'on étudie l'amputation tibio-tarsienne, deux grands points sont à discuter: doit-on simplement amputer dans l'article, ou la scie doit-elle supprimer une portion des surfaces osseuses? quelle est la forme qu'il faut donner au lambeau? Vous vous rappelez, Messieurs, la conformation de la mortaise péronéo-tibiale; la surface astragalienne du tibia descend plus bas en arrière qu'en avant et les deux malléoles font au-dessous d'elle une forte saillie. Ces éminences doivent, si l'on se contente d'enlever le pied sans les attaquer, exercer sur le lambeau une pression douloureuse et nuisible; aussi la première méthode ou la désarticulation tibio-tarsienne proprement dite, est-elle aujourd'hui abandonnée. Blandin respectait les surfaces articulaires du tibia et du péroné d'après cette idée préconçue que les malléoles disparaissent progressivement; il croyait aussi, en n'intéressant pas le tissu spongieux des extrémités osseuses, éviter la phlébite et l'infection purulente. L'expérience a prononcé contre lui, et M. Verneuil a montré qu'au niveau des malléoles conservées, on rencontrait, chez les malades opérés depuis longtemps, de véritables bourses séreuses. M. Verneuil admet bien que les malléoles puissent à la longue

s'émousser et même disparaître, mais il a prouvé que l'inflammation chronique des bourses séreuses réagit parfois sur les os qui se carient et deviennent le point de départ de trajets fistuleux; on cite également une observation dans laquelle le lambeau plantaire se trouvait maintenu à distance du plateau tibial par les malléoles saillantes; des fongosités s'étaient développées dans le moignon, et les malléoles, après un an, ne présentaient aucune trace d'atrophie.

Dans la seconde méthode on résèque donc les malléoles; Syme et M. Verneuil les ont, il est vrai, conservées dans deux cas, chez des enfants, et n'ont pas eu à le regretter; mais chez l'adulte, on ne doit pas imiter Blandin; Baudens et après lui, Jules Roux, qui a contribué à vulgariser l'amputation tibio-tarsienne, ont établi en effet qu'il y a tout avantage à les supprimer, et la plupart des chirurgiens contemporains suivent leur procédé. Il ne faut pas craindre outre mesure la phlébite qui peut résulter de l'ouverture des cellules osseuses, et en tous cas ce danger est largement compensé par le bénéfice que retirent les malades de la régularisation des surfaces sur lesquelles ils doivent marcher.

On peut pratiquer, en même temps que la résection des malléoles, la section du bord postérieur de la mortaise tibiale, pour obtenir une surface plane, et c'est là une opération mixte qui me conduit à vous parler de la troisième méthode qui appartient à Syme. Elle naquit d'une circonstance fortuite; Syme ayant trouvé les cartilages malades pendant une amputation tibio-tarsienne, les enleva par un trait de scie et érigea cette pratique en procédé. Dans l'amputation intra-malléolaire, on résèque toute l'étendue du plateau tibial sur une hauteur de 1/2 centimètre à 1 centimètre 1/2, et l'on fait ainsi disparaître toute inégalité. Sans

doute ce procédé peut être employé, si l'extrémité inférieure du tibia est malade, comme cela se voit fréquemment dans les affections organiques des os du tarse ou dans les tumeurs blanches de l'articulation du pied avec la jambe; il est également rationnel après certains délabrements traumatiques, lorsqu'il existe une fracture à la base des malléoles et des félures ou des esquilles de l'extrémité inférieure du tibia, soit enfin lorsque l'articulation est ankylosée; mais, quant à nous, nous ne craindrions pas de laisser des cartilages dans la plaie, et il nous paraît inutile de raccourcir le moignon de 1 centimètre.

Si nous repoussons en principe l'opération de Syme, excepté dans des cas bien déterminés, et si nous lui préférons le plus souvent, pour les raisons que je vous indiquerai, l'amputation sus-malléolaire, je crois néanmoins, avec M. Sédillot, qu'il convient de réséquer le plateau tibial, quand on veut recourir à une méthode inventée par Pirogoff en 1852 et qu'on peut appeler *méthode à lambeau ostéoplastique*. Voici comment Pirogoff pratique son opération : l'incision des téguments commence immédiatement en avant de la malléole externe, descend verticalement jusque vers la malléole interne et se termine à quelques lignes en avant de cette saillie. De cette manière, toutes les parties molles sont coupées jusqu'au calcanéum; une seconde incision semi-lunaire, convexe en avant, qui passe à quelques lignes au devant de l'articulation tibio-tarsienne, unit les extrémités de la première. On ouvre ensuite l'articulation en avant, on coupe les ligaments latéraux, puis on applique une scie à amputation à lame étroite derrière la tête de l'astragale, perpendiculairement à la face supérieure du calcanéum, et à la réunion de son tiers postérieur avec son tiers moyen. On scie cet os, en restant avec l'instrument

dans la direction de la première incision. On dissèque un peu le lambeau antérieur en le détachant des malléoles, et l'on enlève celles-ci par un trait de scie. On met ensuite en contact la section du calcanéum avec la surface articulaire du tibia. Si celle-ci est malade, on l'enlève par un trait de scie. On pourrait, avant la désarticulation, couper le calcanéum de bas en haut. Cette opération a, comme toutes les autres, subi diverses modifications ; mais les plus importantes me paraissent être celles qu'y a apportées M. Sédillot. Ce chirurgien fait partir son incision verticale interne à un travers de doigt au-dessus du sommet de la malléole, afin d'éviter le pli que forme souvent la peau, si l'on a négligé cette précaution ; il conduit son incision plantaire plus en avant et obtient ainsi un lambeau plus grand, sur la forme duquel il modèle le segment du calcanéum qui doit être divisé par un trait de scie dirigé obliquement en bas et en avant ; enfin il résèque le plateau tibial suivant une direction telle, que les surfaces osseuses puissent s'affronter intimement et se correspondre par leur tissu spongieux, sans interposition de cartilage. Le grand avantage de ce procédé est de permettre au fragment calcanéen de s'appliquer sur le tibia par une surface plus étendue et par conséquent d'augmenter les chances de la soudure osseuse ; il est d'une importance capitale d'immobiliser les surfaces, et l'on peut recourir dans ce but soit à l'attelle postérieure de M. Laugier, soit à la suture osseuse avec des fils métalliques, proposée par M. Bérenger-Féraud. L'opération de Pirogoff ainsi modifiée est une bonne opération ; le calcanéum constitue un point d'appui résistant, et la cicatrice placée en avant du moignon ne repose pas sur le sol ; nous signalerons cependant plus loin les dangers auxquels sont exposés les malades.

Les procédés relatifs à la section des parties molles dans l'amputation tibio-tarsienne se rattachent, comme l'a très-bien indiqué M. Flamain, dans un mémoire présenté récemment à la Société de chirurgie, à trois méthodes principales : l'une est cette méthode à lambeau ostéoplastique dont nous venons de parler à propos de la section du squelette, car c'est par la manière dont les os sont divisés qu'elle se distingue de toutes les autres, et non par la forme du lambeau qui ressemble à celui de Syme et paraît n'en être qu'un dérivé. La seconde comprend tous les procédés qui consistent à placer la cicatrice au milieu du moignon. Sabatier et Brasdor ont décrit une méthode circulaire; Velpeau un procédé à deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire; Blandin a taillé dans un cas deux lambeaux latéraux. Cette méthode est essentiellement défectueuse; nous n'y insisterons donc pas. Enfin on peut classer dans une troisième catégorie tous les procédés qui donnent une cicatrice placée à la périphérie du moignon. Baudens dessinait un lambeau dorsal, M. Sédillot taille un lambeau qu'il appelle quadrilatère interne; les deux procédés qui se partagent la faveur des chirurgiens, quand ils peuvent être mis en usage, sont ceux de Syme et de J. Roux. Le lambeau de Syme est tracé par deux incisions convexes en avant, l'une dorsale dont les deux extrémités aboutissent en avant des malléoles, l'autre plantaire qui réunit les deux points extrêmes de la première. Cette opération est d'une exécution difficile. Le lambeau, qu'on le dissèque de haut en bas ou en sens inverse, est extrêmement adhérent au calcanéum, et il faut une grande habileté de main pour éviter de perforer la peau et de blesser l'artère tibiale postérieure; on obtient, l'opération faite, un capuchon dont le pédicule est mince et transparent et qui

s'applique mal sur le plateau tibial dont on a réséqué la surface cartilagineuse, après avoir sectionné les malléoles. Le pus s'accumule dans sa cavité et souvent on est obligé de favoriser son écoulement en plaçant dans le moignon un tube à drainage, aussi pratique-t-on parfois un drainage préventif, mais malgré cette précaution, les fusées purulentes gagnent très-fréquemment la jambe.

Je ne vous décrirai pas de nouveau, Messieurs, la forme du lambeau interne plantaire et talonnier de J. Roux, vous avez vu qu'on l'appliquait à l'amputation sous-astragalienne en ayant soin de lui donner alors une longueur un peu plus grande. Le procédé de J. Roux a sur celui de Syme l'avantage d'éviter la rétention du pus, le lambeau est en outre plus facile à disséquer et moins exposé à se gangréner. La question de la vitalité des lambeaux est capitale, car si les lambeaux se mortifient sur une certaine étendue, la marche peut devenir impossible et il est souvent nécessaire de pratiquer une seconde amputation. Il y a des cas, je le sais, où l'on est forcé d'utiliser les parties molles qui restent intactes, soit après certains traumatismes, soit quand la région est sillonnée de trajets fistuleux; mais il vaut mieux alors amputer plus haut que d'exposer le malade à subir une nouvelle opération, et nous ne pouvons approuver Lisfranc quand il soutient qu'on doit opérer dans certains cas, alors même qu'on ne peut tailler aucun lambeau.

Pour chacune des amputations partielles du pied et pour la désarticulation tibio-tarsienne, les procédés ont été multipliés en quelque sorte à l'infini; quels sont donc ceux qu'il conviendra d'adopter?

Vous devez, Messieurs, accepter comme règle générale qu'il faudra choisir un des procédés qui placera la cicatrice

sur un point du moignon à l'abri de toute pression contre le sol ou contre les appareils prothétiques, sinon le tissu cicatriciel, dont la vitalité est moindre que celle des tissus sains, sera très-disposé à devenir douloureux ou à s'enflammer et à s'ulcérer. Ce premier principe admis, vous devrez tâcher de former le moignon avec un lambeau épais et bien nourri ; il faut éviter les lambeaux dorsaux, la peau en est trop mince, trop peu doublée de graisse et de muscles pour résister à des pressions énergiques ; l'artère pédieuse est trop grêle pour les alimenter, et quoique on ait vu la peau s'épaissir à la longue et pouvoir suffire à sa tâche, Baudens a eu à déplorer plusieurs fois la gangrène du lambeau dorsal, dans des cas d'amputation tibio-tarsienne faite par son procédé. La méthode à lambeau exclusivement dorsal est donc une méthode de nécessité. Les lambeaux plantaires employés dans les amputations de Lisfranc et de Chopart sont excellents ; ils sont épais, charnus, bien nourris et peu disposés à se gangréner.

Dans les désarticulations sous-astragalienne et tibio-tarsienne, on doit donner la préférence au lambeau latéral interne plantaire et talonnier de J. Roux, qui ne forme pas une cupule assez profonde pour retenir le pus, qui donne une cicatrice située en dehors de la base de sustentation et dont la vitalité est assurée par des branches artérielles nombreuses et suffisamment volumineuses. Il est de la plus haute importance de conserver dans un lambeau le plus grand nombre de vaisseaux possible, si l'on veut en éviter la gangrène, et il faut prendre les plus grandes précautions pour ne pas sectionner l'artère tibiale postérieure, quand on dissèque le lambeau interne.

J. Roux a étudié soigneusement la circulation du lambeau plantaire, et voici, d'après lui, comment il est ali-

menté : la partie postérieure du talon reçoit le sang d'artérioles provenant des artères calcanéennes externes, malléolaires et tibiale postérieure avant sa bifurcation. Les deux branches de ce dernier vaisseau, les artères plantaires externe et interne nourrissent la partie antérieure du lambeau ; dans le cas où la tibiale postérieure a été coupée avant sa bifurcation, la partie postérieure du lambeau est douée d'une vitalité suffisante, mais son extrémité antérieure peut se gangréner si une circulation collatérale active ne s'établit pas, et le cas s'est souvent présenté.

Quant aux nerfs, leur influence sur la nutrition des parties molles du moignon est différemment interprétée. Bien que leur rôle soit moins important que celui des vaisseaux, il est indiscutable, mais à la présence même des nerfs dans les moignons se rattachent des accidents sur lesquels M. Verneuil a appelé tout particulièrement l'attention. Déjà en 1847 avait été publié un cas où le moignon d'un amputé du bras était devenu tellement douloureux qu'une amputation secondaire fut jugée nécessaire, et le chirurgien trouva sur les extrémités sectionnées des nerfs médian, cubital et musculo-cutané de véritables névromes; les nerfs, à leur extrémité, étaient rouges, plus volumineux qu'à l'état normal, indurés et terminés par un renflement olivaire. M. Verneuil, dans un mémoire sur l'amputation tibio-tarsienne, rapporte l'examen de deux moignons faits par le procédé de J. Roux, dans lesquels il trouva les nerfs plantaires externe et interne épaissis, et aplatis contre les surfaces osseuses sur lesquelles ils étaient comprimés pendant la marche. L'un des malades n'avait pas souffert, mais chez l'autre toute station un peu prolongée était une cause de vives douleurs. M. Verneuil fait remarquer que ces douleurs s'expliquent par la déviation des filets

nerveux qui suivent la direction du lambeau et par l'atrophie des parties molles qui a pour résultat de mettre les nerfs en contact immédiat avec la peau, aussi sa conclusion est-elle qu'il faudra rejeter les procédés à lambeaux lorsque l'inflexion de ces derniers placera de gros troncs nerveux dans une situation telle que le renflement terminal aura à supporter une forte pression; sinon on devra, suivant lui, réséquer l'extrémité de ces nerfs dans une étendue de 1 à 2 centimètres. Je souscris volontiers, pour mon compte, aux conclusions de M. Verneuil et je ne craindrais pas, en pratiquant la résection de l'extrémité des nerfs plantaires, de voir survenir une gangrène des lambeaux; le point capital pour assurer la nutrition des téguments est de respecter les vaisseaux, et, comme l'a fort bien dit Morel Lavallée dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, ce n'est pas le gros tronc nerveux qui préside à la vitalité du lambeau, ce sont les filets qui s'en détachent au-dessus de son extrémité et qui se trouvent respectés par la résection telle que M. Verneuil conseille de la pratiquer.

Mais revenons, Messieurs, à la malade qui fait l'objet de cette leçon et voyons quelle est l'opération qu'il convient chez elle de pratiquer. Cette femme est atteinte d'une affection organique du pied qui se rattache à l'ostéite infantile; je vous ai signalé les raisons qui motivent une intervention chirurgicale active, il nous reste à discuter maintenant dans quelle mesure nous avons le devoir d'agir. Avant d'entrer dans la comparaison des procédés opératoires entre lesquels nous pouvons hésiter, je désire toutefois vous montrer une pièce intéressante et qui pourra vous éclairer sur les altérations que nous rencontrerons probablement sur le pied dont je suis résolu à pratiquer l'amputation. M. Richet a eu récemment l'occasion de faire une amputa-

tion sus-malléolaire chez un sujet âgé d'une trentaine d'années, qui souffrait depuis longtemps déjà d'une affection du calcanéum et dont voici en peu de mots l'observation. Ce jeune homme était d'une constitution scrofuleuse; il portait de nombreuses cicatrices qui avaient succédé à des abcès ganglionnaires, et à des abcès ossifluents; ces cicatrices sillonnaient son cou, et aux membres supérieurs existaient des déformations produites par l'élimination de séquestres osseux. Son pied droit se trouvait maintenu dans l'extension; la pointe en était déviée en dedans, sa face plantaire tournée en varus était profondément excavée et la peau collée aux os était criblée d'ouvertures par lesquelles faisaient hernie des fongosités grisâtres et qui permettaient de conduire un stylet par des trajets fistuleux plus ou moins obliques et très-longs, sur une surface osseuse rugueuse, évidemment dénudée, cariée, source du pus sanieux et fétide qui s'écoulait par les fistules. Dans le principe, la maladie avait été nettement limitée au calcanéum, des abcès s'étaient ouverts au niveau de sa face externe au-dessous et en arrière de la malléole externe, aussi M. Nélaton avait-il évidé l'os trois ans auparavant, en l'attaquant par sa face externe. Cette opération n'avait été suivie d'aucun bon résultat, une fistule persistait à ce niveau et conduisait directement dans une cavité anfractueuse dont les parois ne semblaient nullement disposées à se rapprocher. L'abondance de la suppuration épuisait le malade, la marche était impossible et M. Richet amputa le membre au-dessus de l'article.

M. Em. Bourdon, alors interne de M. Richet et qui nous a rapporté ces détails, a présenté le pied à la Société anatomique après l'avoir disséqué; voici le résultat de son examen. Les téguments dorsaux étaient doublés d'une épaisse

couche de tissu adipeux ; la peau de la région plantaire présentait, au pourtour des orifices fistuleux, un épaississement lardacé de 1 à 2 centimètres, le tissu était blanc, dur, et criait sous le scalpel comme du cartilage. Les orifices siégeaient sur les bords interne et externe du pied et sur le milieu de la face plantaire ; une ouverture large comme une pièce de quatre sous se voyait sur la face externe du calcanéum ; la peau était là collée sur l'os encore plus intimement qu'ailleurs et ne se laissait disséquer qu'avec les plus grandes difficultés.

Les trajets fistuleux, creusés dans une gangue de tissu fibreux de nouvelle formation analogue à celui qui doublait les téguments, passaient obliquement au milieu des tendons et des fibres musculaires de la plante du pied, soudés et formant une masse compacte dont les éléments ne pouvaient être isolés qu'avec peine ; tous ces trajets pleins de pus et revêtus d'une membrane interne rougeâtre et fongueuse, venaient aboutir à une cavité limitée en haut par les ligaments calcanéo-scaphoïdien et cuboïdien inférieurs, en bas par le muscle accessoire du long fléchisseur commun. Cette poche qui se prolongeait ainsi à la face plantaire du pied au-dessus des muscles et des tendons, et qui contenait un pus noirâtre dans lequel se trouvaient des fragments osseux, communiquait avec un canal creusé dans le calcanéum et venant aboutir à la fistule de la face externe de l'os. Les trabécules osseuses, grisâtres, irrégulièrement érodées, et émiettées en quelque sorte, baignaient dans le pus, mais le tissu spongieux n'était aucunement friable ; si sa couleur était altérée, sa consistance était normale et même plutôt augmentée. La lame de tissu compacte qui lui forme une coque protectrice avait disparu seulement derrière l'astragale et là se trouvait aussi du

pus infiltrant le tissu spongieux. Partout ailleurs le tissu compacte était épaissi; en avant du tendon d'Achille était une véritable apophyse saillante de deux travers de doigt, triangulaire et dure, qui donnait à cette portion de l'arrière-pied la forme d'une selle turque. Sur les faces interne et externe du calcanéum se voyaient des stalactites osseuses, des ostéophytes qui constituaient pour les tendons des péroniers latéraux et des muscles qui passent dans la gouttière calcanéenne, des canaux osseux complets. L'apophyse cuboïdienne, large et quadrilatère, était surtout hérissée de prolongements dentelés; elle descendait à un travers de doigt en avant de la tête de l'astragale et semblait occuper la place du cuboïde repoussé ainsi bien en avant. Cette disposition contribuait à dévier en dedans l'avant-pied qu'on ne pouvait ramener dans sa direction normale; quant à la concavité de la voûte plantaire, elle dépendait de la rétraction et de la soudure des fléchisseurs du pied qui formaient des brides s'opposant énergiquement au redressement des métatarsiens. Excepté le calcanéum, tous les os du pied étaient sains. L'extrémité inférieure du tibia était gonflée et son tissu présentait une friabilité anormale; la moelle osseuse avait une coloration jaunâtre et les trabécules des loges qui la contenaient semblaient amincies.

Les articulations astragalo-scaphoïdienne et calcanéo-cuboïdienne ne présentaient rien à noter; celle du tibia et de l'astragale était libre, mais les téguments étaient épaissis et l'on voyait sur la partie moyenne du bord postérieur de la mortaise une éminence terminée par une surface plane, encroûtée de tissu fibreux, reposant sur une saillie analogue développée sur le tubercule qui limite en dehors la gouttière où se réfléchit le tendon du long fléchisseur propre du gros orteil. Lorsque le pied était dans l'extension,

et nous avons vu que telle était sa position habituelle, il y avait là pour le tibia un point d'appui sur l'astragale, une arthrodie entourée d'un peu de tissu fibreux. Enfin l'astragale, qui était sain, présentait dans son union avec les deux facettes du calcanéum une ankylose fibreuse qui ne permettait que de très-légers mouvements de glissement entre les surfaces articulaires.

Cette pièce nous permettra, Messieurs, de formuler notre règle de conduite dans le cas actuel, car elle nous présente à peu de chose près les lésions que nous trouverons, je crois, sur le pied de notre malade. Vous avez sous les yeux des os atteints de carie, c'est-à-dire de cette ostéite ulcérante, comme l'appelait Gerdy, qui tend à envahir de proche en proche la portion de tissu osseux respectée au début de la maladie et qui a d'autant moins de tendance à marcher vers la cicatrisation, qu'elle est née sous l'influence d'un vice de constitution qu'il ne nous est pas toujours donné de combattre avec succès. Le calcanéum est carié, le tissu spongieux tout entier est malade, son changement de coloration nous l'indique, et les stalactites osseuses qui viennent renforcer le tissu compacte qui l'entoure, sont une conséquence de la part qu'a prise le périoste à l'inflammation; les sécrétions périostées sont fréquentes à la surface des os malades et contribuent à immobiliser les articulations dans de mauvaises positions; vous avez remarqué ces ostéophytes qui, nés de la face postérieure de l'astragale, limitaient l'extension du pied en venant heurter contre une apophyse accidentelle développée sur le bord postérieur de la mortaise tibiale. Les tendons dont les coulisses sont devenues osseuses se trouvent comprimés et déviés; ils sont réunis, soudés par des sécrétions plastiques qui leur enlèvent l'indépendance dont ils ont besoin pour faire mouvoir

les différentes pièces du squelette; les articulations s'enflamment souvent par voisinage, la lamelle de tissu compacte sur laquelle repose le cartilage diarthrodial, s'amincit et se résorbe; le cartilage, soulevé lui-même par le pus, s'amincit également et se laisse perforer par place; tantôt il disparaît, tantôt il tombe dans l'articulation au milieu du pus qui fait irruption entre les surfaces articulaires. C'est alors que le cartilage opposé à celui qui appartient à l'os primitivement malade s'ulcère à son tour et l'ostéite se propage à la lamelle de tissu compacte sous-cartilagineuse et au tissu spongieux. Il se forme alors une ankylose vraie par fusion générale ou partielle et souvent on ne peut pas même distinguer la ligne de démarcation répondant aux surfaces articulaires primitives. Ici, le calcanéum étant à peu près sain du côté de l'astragale, et les cartilages n'étant pas profondément altérés, il ne s'est produit qu'une ankylose fibreuse, mais nul doute qu'à la longue l'astragale ne se fût pris à son tour et que la fusion ne se fût opérée. L'extrémité inférieure du tibia lui-même est atteinte, quoique à un degré minime, d'une ostéite destinée sans aucun doute à s'accroître et à s'étendre vers la diaphyse. Aussi approuvons-nous hautement M. Richet de n'avoir pas hésité à sacrifier le membre et de n'avoir pas tenté de conserver dans le moignon quelques-uns des os du pied.

On ne doit pas espérer en effet la guérison de ces caries des os du tarse chez les adultes, surtout lorsqu'elles sont aussi anciennes et aussi étendues; mais doit-on porter un pronostic aussi fâcheux chez les très-jeunes sujets et n'y a-t-il rien de mieux à faire que de supprimer la totalité du pied? Notre malade est jeune encore et son affection remonte à l'âge de onze ans, nous assistons donc aux conséquences tardives d'une de ces ostéites infantiles qui bien

souvent guérissent spontanément sous l'influence d'une bonne hygiène ou qu'on peut arrêter dans leur développement par un traitement énergique. Les lésions paraissent avoir été primitivement bien localisées dans le calcanéum, et l'on aurait pu peut-être évider cet os avec succès *tout* à fait au début, ou le traverser par un tube à drainage comme l'a conseillé M. Chassaignac; enfin il eût été sans aucun doute possible de réséquer la totalité du calcanéum et ce procédé a eu entre les mains de Holmes les meilleurs résultats. Le savant chirurgien anglais repousse d'une manière absolue l'amputation sus-malléolaire dans les affections osseuses ou articulaires du pied chez les enfants, et il croit toujours avantageux de réséquer les surfaces articulaires cariées ou les os malades, quels qu'ils soient. Il a aussi obtenu des succès en enlevant le calcanéum, l'astragale et même avec lui le scaphoïde, et il attache une grande importance à la conservation du pied qui, plus tard, n'est pas considérablement déformé et permet une marche facile. Il eût été désirable que l'extirpation du calcanéum eût été tentée, mais aujourd'hui je ne crois pas que l'opération soit indiquée. J'admets volontiers avec Holmes que chez les enfants on doive, suivant les os ou les portions d'os malades, pratiquer, par ordre de préférence, soit l'amputation de Chopart rarement inévitable, soit l'extirpation d'un ou de plusieurs des os du tarse, soit l'opération de Pirogoff, soit enfin la tibio-tarsienne; mais chez les adultes les indications me semblent totalement modifiées. Chez le malade de M. Richet, l'amputation sus-malléolaire seule était à la rigueur acceptable, mais vu le gonflement anormal de l'extrémité inférieure du tibia, l'opération fut pratiquée à cinq travers de doigt au-dessus de l'article.

Chez la jeune femme de notre service, on ne peut songer

à une amputation partielle du pied ; tout au plus devrait-on essayer d'enlever le calcanéum qui est l'os le plus gravement atteint, mais si l'on réfléchit à la probabilité de l'extension de la maladie à l'astragale et au cuboïde, et de plus à la soudure des tendons sur un pied qui depuis près de dix-huit ans est privé de ses fonctions, on sera bientôt convaincu que le segment de membre ankylosé dans presque toutes ses articulations qui reposerait sur le sol, serait plus douloureux et plus gênant qu'utile; l'ostéite était bien primitivement infantile, mais puisqu'elle ne s'est pas guérie, elle a pris aujourd'hui les caractères de l'ostéite chez l'adulte, et il est presque impossible, au milieu des déformations actuelles, de soupçonner les os qu'elle a pu respecter. Serions-nous sûrs en outre, si nous pratiquions une sous-astragalienne ou une amputation tibio-tarsienne, de ne pas voir survenir une récidive dans les portions du squelette respectées par l'instrument tranchant ?

Les amputations partielles sont surtout indiquées dans les cas de traumatisme, de carie dure ou de nécrose; chez les scrofuleux adultes, on ne doit les pratiquer qu'avec la plus grande réserve, car rien ne nous indique que le tissu spongieux des os qu'on conserve dans le moignon ne contient pas une épine qui peut devenir, avant même la cicatrisation complète du moignon, le point de départ d'une nouvelle carie envahissante.

Je crois donc, Messieurs, que nous ne devons pas pratiquer ici une amputation partielle du pied quelle qu'elle soit, mais bien supprimer le pied en totalité. Quel est le point où devra porter la section ? Telle est maintenant la question qu'il s'agit de discuter.

Je vous ai déjà cité le principe qui nous enjoint, dans les amputations des membres, de porter le couteau le plus loin

possible du tronc ; l'expérience nous apprend que l'opération est ainsi moins dangereuse, et le bon sens nous indique que plus le moignon sera long, plus il aura de chance d'être utile. Si ce principe est vrai, il est cependant susceptible d'être, dans certains cas, modifié par celui-ci, qui le domine et s'impose aux chirurgiens avec une rigueur plus grande encore : toute amputation doit être faite dans des conditions telles que le malade en retire le plus d'avantage possible. C'est en s'appuyant sur ce dernier principe qu'un grand nombre d'auteurs soutiennent encore qu'il vaut mieux amputer la jambe plus haut que plus bas, au lieu d'élection plutôt qu'au-dessus des malléoles, convaincus que la marche est ainsi rendue plus facile et que l'on doit ici s'écarter de la règle qui tendrait à nous imposer, dans ce cas exceptionnel, une opération plus dangereuse.

Solingen et Ravaton sont les premiers qui aient conseillé de couper la jambe le plus bas possible, et leurs appareils prothétiques, quoiqu'imparfaits, complétaient l'opération en offrant au moignon un point d'appui sans lequel la marche eût été impossible. Malgré les critiques de Sabatier et d'autres auteurs célèbres, Salemi, en 1829, puis Goyrand (d'Aix), cinq ans plus tard, attaquèrent hardiment la doctrine du lieu d'élection ; aujourd'hui la question paraît résolue, et dans la discussion qui eut lieu en 1856 à la Société de chirurgie, M. Broca résuma les avantages d'une opération dont le tort principal était de faire échec à l'amputation classique. Il est évident que les parties molles sont moins épaisses à l'extrémité inférieure de la jambe qu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et s'il est vrai que les dangers d'une amputation soient en raison des parties retranchées et de la plaie qu'elle produit, l'amputation sus-malléolaire

n'aura pas la gravité de l'amputation au lieu d'élection. L'opération sera plus promptement exécutée, la douleur moins vive, l'organisme enfin sera moins profondément ébranlé, et si l'intensité de la fièvre traumatique est proportionnelle à l'étendue de la surface du moignon et surtout à la quantité des parties molles sectionnées, on n'aura pas à redouter la réaction inflammatoire si vive après les grandes opérations.

Toutes ces considérations rigoureusement vraies, doivent, vous le voyez, Messieurs, faire pencher la balance du côté de l'amputation sus-malléolaire ; nous pourrions ajouter en sa faveur que la réunion immédiate peut être d'autant plus facilement obtenue que les lambeaux sont moins épais, et, si la plaie doit suppurer, elle se cicatrisera d'autant plus vite que sa surface aura moins d'étendue. La valeur de ces arguments n'a été contestée par personne, la statistique est venue leur donner un nouveau poids, et MM. Arnal et Martin, sur un relevé de 97 opérations pratiquées jusqu'en 1842, ont trouvé 87 guérisons ; d'après les observations de ces auteurs, la durée moyenne de la cicatrisation serait de trente à trente-cinq jours. La même proportion de succès se retrouverait, j'en suis convaincu, si l'on réunissait de nouveaux faits, et suivant Malgaigne, les amputations au lieu d'élection seraient suivies de mort 55 fois sur 100.

Après les éloges doit cependant venir la critique : voyons donc les reproches adressés à une opération que jusqu'ici je ne vous ai présentée que sous son jour le plus favorable. Et d'abord, devons-nous tenir grand compte de l'opinion des chirurgiens qui craignent que le peu de fibres musculaires et le nombre des tendons qui doublent les téguments ne soient un obstacle à la formation d'un moignon

assez épais et doué d'une vitalité suffisante? Rappelez-vous, Messieurs, qu'il y a au tiers inférieur de la jambe beaucoup plus de chairs qu'on ne le croit en général; excepté le tendon du long péronier latéral, tous ceux des muscles extenseurs ou fléchisseurs du pied sont accompagnés, presque jusqu'au cou-de-pied, par les fibres musculaires qui se terminent sur eux à la façon des barbes d'une plume. A ceux qui redoutent la présence des tendons dans la plaie et leur exfoliation, nous répondrons qu'il n'y a pas là d'inconvénient sérieux; si les tendons se nécrosent, ils s'élimineront ou on les résèquera, et quant au tendon d'Achille, sa richesse en tissu cellulaire interfibrillaire et en vaisseaux nous permet de compter sur lui pour former un des éléments qui devront doubler la peau du moignon. En tous cas, nous ne pouvons pas voir dans le nombre des tendons une cause de retard pour la cicatrisation, puisque la statistique nous montre au contraire combien celle-ci est rapide. Enfin, est-il vrai que l'amputation sus-malléolaire donne des moignons coniques dont les extrémités osseuses se carient et se nécrosent fréquemment, sous l'influence des pressions exercées sur eux par l'intermédiaire de tissus peu charnus? Je ne crois pas à la grande fréquence de la conicité du moignon et je vous ai dit que les parties molles me semblaient suffisamment épaisses, mais il est hors de doute que, dans les affections des os du tarse ou de l'articulation tibio-tarsienne, on doit s'assurer de l'état de l'extrémité inférieure du tibia avant de prendre un parti; M. Richet a agi sagement en amputant la jambe assez loin des malléoles, puisque le tibia était malade, mais, lorsque cet os est sain, la carie secondaire de son extrémité ne me semble devoir résulter que de l'application d'appareils prothétiques mal faits. Ceux-ci, s'ils pressent sur la cicatrice ou sur son pour-

tour, provoquent de vives douleurs, froissent les nerfs et amènent l'inflammation et l'ulcération du moignon ; c'était surtout à la difficulté de donner à leurs amputés de bons appareils que les anciens chirurgiens devaient leur peu de sympathie pour l'amputation sus-malléolaire. Si un malade ne peut avoir à sa disposition qu'un pilon, mieux vaut pour lui, lorsqu'il a résisté aux chances plus considérables de mort que lui a fait courir l'amputation au lieu d'élection, n'avoir pas un segment de membre inutile, fléchi à angle droit sur la cuisse, dépassant en arrière l'axe du corps et exposé à des contusions produites par des chocs incessants, mais, s'il peut faire usage d'une jambe artificielle convenablement construite, nous n'hésitons pas à trouver préférable pour lui de masquer sa difformité, si la question d'élégance ne prime pas des avantages plus sérieux.

Les bottines primitives avaient pour inconvénient principal de supporter directement le moignon par son centre ou par son pourtour ; celle de Ravaton supportait le poids du corps par tous les points de la jambe, mais la peau n'en était pas moins repoussée en haut pendant la marche et la cicatrice se trouvait tiraillée et souvent déchirée ; de plus, à la suite de l'atrophie des muscles du mollet, la bottine devenait trop large, lorsqu'elle était conique, et le moignon finissait par s'excorier. Lorsque la marche était trop pénible, les malades recouraient alors à l'emploi du pilon, et quelques-uns même, gênés par leur membre devenu, dans sa nouvelle position, une cause de chutes ou de froissements douloureux, sont venus supplier des chirurgiens de les en débarrasser. Ces cas, Messieurs, ne se présentent plus aujourd'hui, grâce aux perfectionnements apportés dans la fabrication des jambes artificielles.

L'appareil de Mille, construit pour les amputés de Goy-

rand (d'Aix), a l'avantage de prendre un point d'appui sur la cuisse et sur l'ischion, la jambe est libre et comme suspendue entre quatre attelles, le moignon ne supporte plus aucune pression et souvent les malades, après quelques essais préalables, marchent aussi bien qu'avant d'avoir subi l'amputation. M. Martin a modifié heureusement l'appareil de Mille, et nos habiles constructeurs d'appareils orthopédiques réaliseront sans doute encore dans cette voie de réels progrès. En résumé, nous dirons que l'amputation sus-malléolaire est une excellente opération qu'on doit pratiquer, lorsque le tibia est sain, de préférence à l'amputation au lieu d'élection et qui donne pour la marche les meilleurs résultats, quand le membre est enfermé dans une jambe artificielle bien faite. Nous n'acceptons pas qu'on puisse la considérer comme une opération praticable seulement chez les gens riches, car dans nos hôpitaux l'administration peut fournir aux malades des appareils qui, quoique un peu grossièrement faits, n'en sont pas moins bien supérieurs au pilon.

Quel est, Messieurs, le procédé que nous adopterons chez notre malade ? De tous, celui qui me paraît le meilleur, est le procédé de Lenoir. Je commencerai par faire, le plus près possible de la base des malléoles, une incision circulaire de la peau sur laquelle tombera une incision verticale de 4 à 5 centimètres de hauteur pratiquée au niveau de la partie antérieure de la face interne du tibia ; je disséquerai les deux manchettes jusqu'au point de départ de cette seconde incision, mais la dissection sera d'autant moins étendue que je me rapprocherai davantage de la ligne médiane en arrière ; en ce point, je me contenterai de diviser seulement quelques-unes des brides celluleuses qui unissent la peau à l'aponévrose. Je couperai ensuite les muscles sui-

vant la ligne oblique en avant et en haut qui répondra au point d'adhérence des téguments disséqués, et je scierai les os sans abattre la crête du tibia à peine sensible au tiers inférieur de l'os. Il sera de même inutile de passer le couteau dans l'espace interosseux nul ou extrêmement étroit là où portera la section osseuse, et je réunirai les deux lèvres de l'incision verticale par deux points de suture, après avoir lié les artères tibiale antérieure, tibiale postérieure et péronière.

Je mettrai ainsi en pratique, Messieurs, le procédé de Lenoir, mais vous devez savoir que ce n'est là qu'un procédé de seconde main ; dans sa thèse d'agrégation, en 1835, Lenoir décrit autrement cette opération. Il adopte une méthode ovalaire ; la section de la peau est oblique en bas et en arrière, le péroné est coupé plus haut que le tibia suivant le précepte de Roux et le bord antérieur de ce dernier os est scié obliquement dans la direction donnée à l'incision des téguments.

Ma seule préoccupation, dans le cas actuel, est cette flexion permanente de la jambe sur la cuisse, flexion qui permet à la malade de marcher à l'aide d'un pilon. A la suite de cette position vicieuse du membre, il s'est établi dans l'articulation du genou une sorte de fausse ankylose dont la véritable cause est la rétraction des muscles du creux poplité et qu'il faut combattre énergiquement ; nous y réussirons certainement, car la flexion peut être exagérée, ce qui nous prouve qu'il n'y a point de fusion osseuse, et la synoviale ne paraît pas profondément altérée ; nous pratiquerons, s'il le faut, la ténotomie, car il est indispensable que la jambe soit parfaitement étendue quand la cicatrisation de la plaie sera complète. Chez tous les malades, il faut lutter contre la tendance qu'ils ont à placer leur jambe

dans la flexion après l'opération, et cette position est surtout fréquente dans les cas d'affection organique du pied; celui-ci, en effet, ne pouvant plus supporter le poids du corps, le genou doit le suppléer dans ses fonctions, et à la longue il établit une ankylose de l'articulation. Si cette ankylose est complète, par fusion des os par exemple, on doit renoncer à l'amputation sus-malléolaire et couper la jambe au lieu d'élection, car le membre, amputé plus bas, ne pourrait pas se placer dans une jambe artificielle dont doit porter sur le sol; si le redressement peut être obtenu, l'extrémité il faut se hâter de ramener la jambe dans l'extension et nous allons faire d'ici à une huitaine de jours nos premières tentatives qui, je l'espère, aboutiront à un succès complet.

Messieurs,

Vous avez pu me voir pratiquer l'amputation sus-malléolaire suivant les règles que je vous avais indiquées ; je veux aujourd'hui vous montrer le pied que j'ai fait disséquer et sur lequel vous pouvez constater les altérations suivantes : l'astragale est fortement étendu sur le tibia auquel il est uni par des liens fibreux interposés entre les surfaces articulaires et très-résistants. Il est entièrement soudé au calcanéum par fusion, mais entre les deux os se voit un canal étroit rempli par du tissu fibreux, canal qui marque seul la ligne de démarcation des deux os et représente le vestige de la gouttière où s'insère le ligament interosseux. On peut cependant distinguer encore le tissu qui appartient à chacun des deux os à une différence de coloration et de consistance. Le calcanéum est grisâtre, les lamelles qui circonscrivent les aréoles de son tissu spongieux sont denses et résistent à la pression du doigt ; elles ont été atteintes d'ostéite condensante. L'astragale, au contraire, est beaucoup plus friable qu'à l'état normal, sa lame compacte est réduite à une lamelle parcheminée très-mince que le bistouri entame facilement et qui céderait presque sous le doigt. Les cellules spongieuses sont gorgées en quelque sorte d'un liquide oléagineux, leurs parois sont extrêmement amincies, se fracturent à la moindre pression, et le doigt pénètre facilement dans cette masse qui présente tous les caractères de la dégénérescence grais-

seuse des os, si bien décrite par M. Richet et désignée aujourd'hui sous le nom d'*ostéoporose*. Le scaphoïde, le cuboïde et les trois cunéiformes sont atteints de la même altération. L'articulation astragalo-scaphoïdienne est intacte, mais il y a fusion complète entre le scaphoïde et les cunéiformes et entre ces trois derniers os. Les articulations cunéo- et cuboïdo-métatarsiennes sont saines. Cette dégénérescence graisseuse des os du tarse est, du reste, en rapport avec l'accumulation du tissu graisseux sous les téguments du pied et entre les fibres musculaires; nous l'avions déjà notée sur la pièce de M. Richet; c'est un fait presque constant au voisinage des extrémités articulaires longtemps condamnées à une immobilité absolue, et sur un malade que nous avons amputé pour une énorme tumeur fibreuse de l'extrémité inférieure du fémur qui s'opposait depuis longtemps déjà à tout mouvement de l'articulation du genou, vous avez pu constater que les muscles de la cuisse et de la jambe étaient presque totalement convertis en graisse.

Ici les tendons et les muscles, quoique rétractés, ne sont pas soudés par une matière plastique, ce que nous attribuons à l'absence de trajets fistuleux ailleurs qu'à la face externe du calcanéum, mais les coulisses tendineuses sont épaissies et partiellement ossifiées. Quant au calcanéum nous avons vu que la densité de son tissu spongieux était notablement augmentée, nous ajouterons qu'il est limité par une épaisse lame compacte et nulle part cette coque protectrice ne manque; d'où provenait donc le pus qui sortait par les fistules cutanées? D'une poche doublée par les téguments, à parois grisâtres et assez épaisses, perforée en deux ou trois points et qui contient un séquestre gros comme une noix, irrégulier, noirâtre,

poreux, léger, mais très-dur et ne se laissant pas émietter. Ce séquestre se moule exactement sur les débris du calcanéum réduit à une apophyse verticale qui représente sa moitié interne et sa petite apophyse, soudée par fusion à l'astragale; l'apophyse cuboïdienne a disparu et la surface articulaire du cuboïde est entièrement dépourvue de cartilage. La lamelle sous-cartilagineuse, dense, lisse et éburnée, repose sur la poche qui contient le séquestre. Ce séquestre, vous le voyez, malgré son aspect poreux et son peu de densité, est plutôt un séquestre de nécrose que de carie, c'est-à-dire que nous avons là un fragment d'os séparé du calcanéum par un travail pathologique analogue à celui qui préside à l'élimination des eschares des parties molles ; ce travail a été évidemment réparateur, puisque le calcanéum n'est plus ulcéré nulle part et peut être considéré comme cicatrisé.

L'examen de cette pièce, Messieurs, doit-il nous faire regretter de ne pas nous être contentés d'extraire le séquestre? Aurions-nous dû pratiquer une amputation sous-astragalienne ou une désarticulation tibio-tarsienne ? J'avoue franchement ne pas regretter la conduite que j'ai tenue. Il eût été facile d'extraire le séquestre, mais je doute fort que l'opéré eût pu marcher avec un pied déformé dont les articulations étaient soudées et tous les os malades. Il est en outre probable que la moindre fatigue eût fait naître dans ces os graisseux une inflammation susceptible de provoquer une carie qui eût rendu indispensable une amputation secondaire.

Une amputation sous-astragalienne aurait eu aussi l'inconvénient de laisser dans le moignon un os malade, nous aurions été forcés de scier l'astragale à son point de fusion avec le calcanéum, et à ce propos je veux vous signaler

quelques-unes des difficultés opératoires que vous pourrez rencontrer quand vous aurez à pratiquer une amputation partielle du pied.

L'amputation de Chopart peut être rendue assez pénible par le fait de l'ossification de quelques-uns des ligaments du tarse, ou d'anomalies osseuses congénitales; c'est ainsi que Lisfranc a signalé l'ossification du ligament en Y chez les vieillards et Plichon celle du même ligament chez les jeunes sujets. Parfois la tubérosité du scaphoïde est tellement saillante qu'elle forme un obstacle à la désarticulation, si l'on ne prend pas la précaution de modifier l'inclinaison de la lame du couteau, et l'on a cité des cas où le scaphoïde envoyait une apophyse articulaire en arrière et en dehors vers le calcanéum; enfin, on a vu aussi le calcanéum se prolonger assez avant entre le scaphoïde et le cuboïde; toutes ces anomalies doivent être présentes à l'esprit du chirurgien, s'il veut éviter de se troubler pendant une opération dont il croit connaître toutes les règles; sans doute elles sont exceptionnelles, mais ce qui l'est moins, c'est la soudure des différentes pièces du squelette du pied. Cette soudure peut être congénitale; elle existe, tantôt entre le calcanéum et le cuboïde, tantôt entre le scaphoïde et l'astragale; enfin, vous voyez qu'il peut y avoir fusion entre le calcanéum et l'astragale; ici c'est une soudure pathologique et c'est là certainement la variété la plus fréquente. Il me suffit, Messieurs, de vous indiquer ces sortes de complications des amputations partielles du pied, pour que vous compreniez du même coup par quels moyens on peut en triompher; si l'on ne veut pas modifier son opération, on quitte un instant le bistouri pour la scie et il n'y a pas à cela grand inconvénient pour le malade.

Enfin, Messieurs, je vous ai dit que je n'avais aucun

regret de ne pas avoir amputé le pied dans l'article, et en voici la raison : l'extrémité inférieure du tibia a été trouvée un peu volumineuse et son tissu spongieux, comme celui des autres os, présentait un certain degré de dégénérescence graisseuse; je crois donc qu'il est avantageux pour notre malade que le couteau ait porté sur des tissus absolument sains. Une jambe artificielle lui permettra de marcher facilement et sans douleur, si elle ne prend pas un point d'appui sur le moignon, mais sur la cuisse et sur la tubérosité de l'ischion, et j'espère que dans trente ou quarante jours le membre sera assez complétement étendu, grâce à des tractions quotidiennes, pour pouvoir être placé dans l'appareil.

La malade a quitté l'hôpital complétement guérie, la flexion de la jambe sur la cuisse ayant été vaincue, grâce aux manœuvres de redressement pratiquées pendant une vingtaine de jours.

SEIZIÈME LEÇON

FLEXION PERMANENTE DES DOIGTS

Messieurs,

Il existe une maladie rare à laquelle ont été imposés des noms divers et dont nous possédons dans nos salles un curieux exemple ; je veux parler de la flexion permanente des doigts, affection décrite par la plupart des auteurs sous le nom de *rétraction de l'aponévrose palmaire*.

Le malade qui est couché au n° 6 est un homme de quarante-deux ans, des plus vigoureusement constitués et dont la santé a toujours été excellente ; nous ne trouvons dans ses antécédents qu'une névralgie intercostale de nature rhumatismale dont il a souffert plusieurs années. Il est chef artificier, surveille les ouvriers et n'a jamais exercé de profession manuelle ; il ne se sert de ses doigts que pour tenir la plume.

Il y a deux ans, sans souffrance aucune, le petit doigt de la main gauche commença à se fléchir graduellement au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange, mais le malade ne s'aperçut de cette rétraction que lorsque l'extension fut devenue absolument impossible. Au mois de février dernier, il remarqua que les doigts annulaire et médius des deux mains ne pouvaient plus s'étendre complétement ; peu à peu la gêne qu'il éprouvait

s'accrut ; il commença dès lors à s'inquiéter de cet état que rien ne pouvait lui expliquer, et il entra dans le service de M. Richet, qui l'opéra du côté gauche, mais du côté gauche seulement, par le procédé de M. Goyrand (d'Aix), procédé sur lequel je vous donnerai bientôt quelques explications. A cette époque, la déformation était beaucoup plus prononcée à la main gauche, mais elle débutait aussi à la main droite. Aujourd'hui l'affection a progressé et le malade se présente à nous dans l'état suivant :

Du côté droit, le médius et l'annulaire sont dans un état permanent de demi-flexion, la contraction volontaire des extenseurs ne peut les ramener à la rectitude, mais si l'on cherche à les redresser en immobilisant la main et en appuyant fortement sur les extrémités des dernières phalanges on peut encore y parvenir en partie; les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes ont conservé presque toute leur mobilité; le médius peut être ramené à un état d'extension à peu près normal; quant à l'annulaire, il reste fléchi au niveau de son articulation moyenne, quelque effort que l'on fasse pour le redresser, et cette articulation semble avoir subi une légère déformation.

Si, pendant qu'on se livre à ces tentatives, on explore la face palmaire de la main, on voit et l'on sent parfaitement l'obstacle qui maintient les doigts dans leur position vicieuse ; cet obstacle réside dans l'existence de brides sous-cutanées extrêmement résistantes, dépourvues d'élasticité et ayant l'apparence et le volume de tendons fléchisseurs raccourcis. Elles font saillie sous la peau et sont évidemment placées très-superficiellement ; plus vous essayez d'étendre les doigts, plus cette saillie devient apparente, mais si elle diminue dans la flexion, il s'en faut de beaucoup qu'elle disparaisse. Les brides semblent partir du milieu de

la paume de la main pour se diriger en divergeant, l'une vers le médius, l'autre dans la direction de l'annulaire; la première ne dépasse pas l'articulation métacarpo-phalangienne autour de laquelle elle paraît s'insérer; la seconde atteint au contraire l'articulation moyenne de l'annulaire et se perd à ce niveau. J'insiste beaucoup, Messieurs, sur cette différence d'insertion des brides aux deux doigts, et je vous prie de vous rappeler ces détails, car vous verrez les importantes conclusions qu'on en peut tirer pour établir la nature de la maladie curieuse dont nous nous occupons.

Ces brides, placées très-superficiellement dans la paume de la main, remontent assez haut dans la direction de son axe, mais leur saillie disparaît au talon, avant d'arriver au poignet; elles adhèrent intimement à la face profonde du derme, et c'est à cette adhérence que l'on doit attribuer la formation des plis à concavité inférieure qui se dessinent très-nettement; à leur niveau la peau est déprimée, attirée vers les parties profondes comme dans les cicatrices qui succèdent à la guérison des orifices fistuleux des abcès ossifluents; ces plis cutanés croisent les brides, et à leurs points d'intersection se trouvent de véritables nodus, durs et immobiles.

Telles sont, Messieurs, les déformations que vous constatez à la main droite; du côté gauche elles sont beaucoup moins prononcées, car l'opération pratiquée par M. Richet les a fait disparaître en partie. On ne peut pas dire, cependant, que la guérison soit complète; l'articulation moyenne du petit doigt est évidemment déformée, elle est un peu trop volumineuse, et la deuxième phalange est fléchie à angle droit sur la première. Si l'on tente de la redresser on ne peut y parvenir et l'on n'imprime à la join-

ture que de très-légers mouvements, on ne fait pas saillir de bride sur ses parties latérales ou en avant; il semble que la cause de la flexion permanente soit ici tout autre que celle de la rétraction de l'annulaire et du médius qui persiste encore à la main gauche. Ces doigts, en effet, malgré l'opération, ne jouissent pas de toute la liberté de leurs mouvements; le malade peut les étendre presque complétement, mais ce n'est qu'au prix de quelques efforts, et dans le repos les doigts reprennent leur position de demi-flexion qu'ils n'abandonnent que sous l'influence d'une contraction énergique des extenseurs; ces muscles ont à lutter contre des brides fibreuses en tout semblables à celles de la main droite, bien que moins puissantes; elles croisent les plis palmaires exagérés dans leur nombre et dans leur profondeur par l'adhérence de la peau aux parties profondes, adhérence rendue évidente par l'immobilité du derme en certains points où se voient ces dépressions cupuliformes et ces nodus que nous avons signalés à la main droite.

Vous voyez, Messieurs, que les déformations sont les mêmes aux deux mains, mais d'un côté elles sont très-prononcées, et de l'autre elles ont été modifiées par une opération; quant à l'articulation moyenne du petit doigt de la main gauche, je vous dirai, pour n'y plus revenir, que sa déformation nous semble indépendante de la maladie principale, nous ne trouvons pas là de brides qui puissent contribuer à la produire et nous sommes très-disposés à la rattacher à une influence rhumatismale; elle rappelle tout à fait l'aspect de ces articulations qui ont subi les atteintes du rhumatisme chronique, et nous ne croyons pas qu'une opération soit susceptible de lui rendre les mouvements dont elle est privée; peut-être retirera-t-on un

avantage quelconque d'une gymnastique à laquelle on soumettra en même temps le médius et l'annulaire de la main gauche; il faut lutter contre la maladie qui paraît avoir une certaine tendance à récidiver ou à augmenter de ce côté, mais on ne doit pas songer à une opération sanglante : nous fixerons donc toute notre attention sur la main droite plus gravement atteinte et dont l'intégrité est plus nécessaire au malade.

Les causes de la flexion permanente des doigts sont très-multipliées, mais ici nous avons affaire à une variété toute particulière dont on ne soupçonnait pas la nature avant Dupuytren, et dont les anciens chirurgiens n'avaient pas trouvé la véritable origine. Les doigts peuvent être maintenus fléchis, soit par des brides cutanées cicatricielles, résultant de brûlures ou de perte de substance des téguments, soit par une ankylose et une déformation des articulations dont les causes sont très-variables; chez notre malade, nous avons vu que l'ankylose joue un certain rôle dans la déformation du petit doigt gauche et l'on pourrait jusqu'à un certain point, et après un examen superficiel, voir des dépressions cicatricielles dans ces cupules produites par la rétraction de la peau, mais on ne peut conserver cette opinion après une étude approfondie du développement de la maladie. Tantôt, lorsque les tendons extenseurs ont été coupés ou sont paralysés, la tonicité des fléchisseurs maintient les doigts dans un état de flexion permanente, tantôt, à la suite d'un panaris profond, ces mêmes tendons fléchisseurs s'exfolient et adhèrent au canal dans lequel ils doivent jouer librement, et c'est là une nouvelle cause de rétraction. Je n'insiste pas sur le mécanisme qui préside, dans tous ces cas, à la flexion permanente des doigts; il est évident que l'affection qui nous occupe a un point

de départ tout différent, mais ne croyez pas que l'opinion à laquelle tous les auteurs modernes se sont ralliés, ait toujours régné sans conteste dans la science. Boyer attribuait la rétraction permanente des doigts qui survient lentement, peu à peu, d'une manière en quelque sorte spontanée, au dessèchement, à l'endurcissement, à la rigidité des tendons fléchisseurs et de la peau ; il admettait ainsi la définition des anciens qui donnaient à cette affection le nom de *crispatura tendinum*, et vous comprendrez facilement l'erreur commise, si vous songez à la ressemblance qu'affectent les brides que je vous ai signalées avec une saillie que formeraient les tendons fléchisseurs sous la peau ; ceux d'entre vous qui sont encore peu familiarisés avec la clinique, ont dû prendre ces brides pour les tendons, et du temps de Boyer leur opinion eût été admise.

Réfléchissez cependant, Messieurs, à l'aspect de ces brides, voyez combien elles sont superficielles et irrégulières dans leur nombre, dans leur forme, dans leur direction. Elles s'entrecroisent en certains points et constituent plutôt des trousseaux fibreux que des lames compactes et cylindriques; enfin il est difficile de faire abstraction de l'aponévrose palmaire qui sépare les tendons de la peau et de ne pas songer à la possibilité de lésions plus superficielles que celles qui intéresseraient les tendons.

A Dupuytren revient l'honneur d'avoir montré, pièces en main, l'erreur dans laquelle étaient tombés Boyer et tous ses contemporains. Le hasard lui permit de faire l'autopsie d'un vieillard atteint de flexion permanente des doigts et il trouva les tendons fléchisseurs parfaitement sains ; leur surface était lisse, ils jouissaient de leur mobilité accoutumée et n'avaient subi aucune diminution ni dans leur volume, ni dans leur longueur; il disséqua la peau adhérente

aux parties profondes et les froncements qu'elle présentait disparurent; quant à l'aponévrose palmaire elle était tendue, rétractée, et de sa partie inférieure partaient des espèces de cordons qui se rendaient aux côtés des doigts malades; Dupuytren les coupa et immédiatement la contracture cessa, les doigts revinrent au demi-quart de flexion, le moindre effort ramenait les phalanges à l'extension complète.

Il était donc démontré que dans l'affection appelée à tort *crispatura tendinum*, ce n'étaient pas les tendons des fléchisseurs qui amenaient la rétraction; une seule observation suffisait pour renverser l'ancienne théorie, mais est-ce bien la rétraction de l'aponévrose palmaire et de l'aponévrose seule, qui produit la contracture des doigts (par contracture Dupuytren entend ici flexion permanente)? Vous connaissez, Messieurs, la disposition de l'aponévrose; de forme triangulaire, se continuant par son sommet tronqué avec le ligament annulaire du carpe et le tendon du petit palmaire, cette aponévrose recouvre les tendons des fléchisseurs et forme la paroi antérieure de l'espèce de canal qui les contient dans la paume de la main; formée de fibres de tissu conjonctif, nacrées et très-résistantes, elle se divise au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, en quatre languettes qui font suite à ses fibres longitudinales et se bifurquent bientôt chacune en deux digitations qui s'écartent pour aller se fixer sur les parties latérales de la première phalange; ainsi se trouve constitué un orifice ovalaire par lequel s'échappent les tendons pour aller s'insérer sur les phalanges. Ce sont, suivant Dupuytren, ces expansions aponévrotiques qui, sous l'influence d'une inflammation chronique survenue par le fait d'un traumatisme souvent répété, seraient susceptibles de se rétracter

et de maintenir le doigt constamment et solidement fléchi.

Je dois vous faire remarquer que cette explication est inadmissible dans le cas présent ; l'annulaire de la main droite de notre malade n'est pas seulement fléchi au niveau de son articulation métacarpo-phalangienne, la seconde phalange est, de plus, fléchie sur la première, et l'on ne peut concevoir comment les fibres émanées de l'aponévrose et ne s'insérant qu'à l'extrémité supérieure de la phalange, pourraient, par leur rétraction, avoir une action quelconque sur la phalangine. Je pourrais vous citer une observation de Dupuytren, dans laquelle nous voyons que pour combattre la rétraction il fut obligé de pratiquer ses incisions transversales non-seulement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, mais au milieu de la première phalange et vis-à-vis de l'articulation de la première phalange avec la seconde. Dupuytren ne fournit-il pas lui-même un argument propre à montrer que sa théorie est trop exclusive et que la rétraction de l'aponévrose ne suffit pas pour expliquer toutes les déformations ?

C'est ce qu'a bien compris un des chirurgiens les plus distingués de notre époque, un de ceux qui honorent le plus la science française, Goyrand (d'Aix). Lui aussi eut l'occasion d'examiner la lésion dans une autopsie et présenta en 1834 à l'Académie de médecine le résultat de ses recherches. Tout en rendant justice pleine et entière aux travaux de Dupuytren, il diffère d'opinion avec lui au sujet de la nature des brides, qu'il considère comme des cordons fibreux de nouvelle formation. Cette explication permet de comprendre l'irrégularité des dispositions qu'il a reconnues à l'autopsie et que nous constatons chez notre malade. Ces brides partant de l'aponévrose palmaire s'insèrent, tantôt à la face profonde de la peau, tantôt sur les

parties latérales de la première ou de la seconde phalange, tantôt enfin sur la gaîne des tendons. Leur direction et leurs points d'attache ne sont pas déterminés à l'avance d'après l'anatomie de l'aponévrose et de ses expansions digitales. Vous comprenez par conséquent, Messieurs, pourquoi, dans certains cas, lorsque les fibres sont longitudinales, la peau est plissée transversalement, et comment il se fait que les brides répondent à la partie médiane de la face antérieure des phalanges, ce qui serait inexplicable dans l'hypothèse de Dupuytren.

S'il est assez difficile, comme vous le voyez, de déterminer le siége exacte des lésions, dans l'affection qui fait l'objet de notre étude, il est presque impossible de remonter à une étiologie qui repose sur des bases solides. Notre malade n'a jamais supporté dans la paume des mains ces frottements, ces chocs qu'on a invoqués pour expliquer l'hyperplasie du tissu fibreux de la région. Pour employer une expression de Velpeau, il n'y a pas eu là de contusion chronique; le malade ne se sert de ses doigts que pour écrire, il tient les livres dans un bureau, et en admettant que la fatigue des doigts puisse être incriminée, comment expliquer que la rétraction ait débuté à la main gauche, le malade n'étant pas gaucher? Je sais bien qu'on a prétendu que les individus qui font des efforts avec la paume de la main, qui manient des corps durs comme le marteau, la charrue, la rame, sont plus souvent que d'autres atteints de cette maladie; on a cité l'histoire d'un homme qui cachetait par jour un grand nombre de lettres avec un cachet dont le manche arrondi pouvait être pour la paume de la main une cause de traumatisme souvent répété; il suffit de comparer la rareté des cas de rétraction des doigts au nombre immense de ceux qui s'exposeraient ainsi à

contracter cette infirmité pour ajouter peu de foi à ces hypothèses ; quant à moi, je penche plutôt vers l'idée de dispositions particulières, vers la possibilité d'une cause interne, et mon opinion a du moins le mérite de ne rien préjuger sur un sujet aussi peu élucidé.

Quels sont, Messieurs, les moyens de traitement qui sont à notre disposition ? Vous avez vu la maladie marcher rapidement, sans qu'on puisse mettre en cause un traumatisme quel qu'il soit. La main gauche s'est prise il y a deux ans sans douleur, sans gêne notable au début, et depuis six mois à peine la main droite présente les mêmes déformations aujourd'hui très-prononcées ; généralement, la rétraction commence, dit-on, par le petit doigt pour s'étendre ensuite à l'annulaire et au médius, rarement à l'index, plus rarement encore au pouce ; ici le développement des accidents n'a pas offert cette régularité, mais il a été rapide et nous devons évidemment tâcher d'arrêter les progrès du mal, sinon la rétraction s'accentuera de plus en plus et les doigts finiront par s'appliquer contre la paume de la main, sans qu'il soit possible de les redresser.

La nécessité d'une intervention chirurgicale étant admise, je laisse de côté, bien entendu, la thérapeutique banale et inefficace des fondants et des applications locales de quelque nature qu'elles soient, et j'arrive à la question si importante du procédé opératoire que nous devrons mettre en usage.

Emploierons-nous, Messieurs, le procédé de Dupuytren ? La pratique de l'illustre chirurgien n'était pas, nous l'avons vu, d'accord avec sa théorie, mais comme cette théorie n'est pas la nôtre, nous suivrions volontiers son procédé, s'il ne nous semblait pas dangereux. Dupuytren incisait à ciel ouvert et transversalement la peau et les brides qui

la maintiennent plissée, il multipliait ces incisions suivant le nombre et la situation des brides, étendait les doigts, les fixait sur une palette et pansait à plat; cette opération n'est pas exempte de dangers; elle expose aux inflammations sous-aponévrotiques, aux inflammations des gaînes des tendons et aux exfoliations de ceux-ci; la suppuration des plaies est longue et les articulations doivent être immobilisées longtemps, ce qui peut amener des roideurs articulaires; enfin les cicatrices peuvent devenir une nouvelle cause de rétraction.

Goyrand pratiquait dans la paume de la main une incision longitudinale au niveau de la bride la plus apparente et disséquait la peau qu'il relevait et qui formait un lambeau; il excisait ensuite les tissus de nouvelle formation et réappliquait le lambeau qui se cicatrise par première intention; après l'excision des brides, les doigts sont étendus, et maintenus sur une palette jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, celle-ci se ferme en général assez rapidement pour qu'au bout d'un mois environ on puisse faire exécuter quelques mouvements aux articulations; la cicatrice est peu visible et le malade n'est pas exposé aux dangers que lui fait toujours courir une suppuration prolongée, surtout dans une région comme la paume de la main.

Nous emploierions volontiers, Messieurs, ce procédé qui nous semble excellent, mais nous voulons tenter une opération moins sérieuse, sans pouvoir toutefois affirmer qu'elle soit exécutable; nous tâcherons d'introduire en plusieurs points un ténotome sous la peau de la paume de la main, afin d'aller diviser les brides et détruire les adhérences, ce qui nous permettra d'étendre, puis d'immobiliser les doigts. L'opération est sans danger, mais peut-être ne pourrons-nous pas passer le ténotome entre les

brides et la peau; si notre procédé ne peut pas être exécuté ou si le redressement des phalanges n'est pas complétement obtenu, nous aurons recours à l'opération que pratiquait Goyrand, et que nous venons de décrire (1).

(1) L'incision sous-cutanée des brides a été facilement exécutée et les doigts, après être restés étendus sur une planchette une huitaine de jours, ont recouvré leur mobilité.

La même opération (incisions sous-cutanées multiples, en tout analogues à celles que l'on pratique pour sectionner le tendon d'Achille) a été faite sur un second malade et a donné également le résultat le plus satisfaisant.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

GRENOUILLETTES

Grenouillettes salivaires. — Deux cas de grenouillettes sub-linguales. — Grenouillettes sus-hyoïdiennes. — Grenouillettes du canal de Warthon. — Fausses grenouillettes. — Grenouillettes dermoïdes, hydatiques et sanguines. — Traitement des diverses variétés de grenouillettes.

MESSIEURS,

On a donné le nom bizarre de *grenouillette* à plusieurs variétés de kystes siégeant au niveau du plancher de la bouche, entre les arcades dentaires et la face inférieure de la langue. Il serait téméraire de vouloir changer un nom consacré par l'usage, surtout lorsqu'il a l'avantage de désigner un groupe de tumeurs situées dans une même région ; il est nécessaire toutefois de bien s'entendre sur le siége anatomique de ces kystes, afin de ne point confondre entre elles diverses variétés très-distinctes.

Nous avons en ce moment dans notre service trois malades atteints de grenouillette, et vous pouvez étudier sur eux les principaux caractères de cette affection.

La malade qui est couchée au n° 9 est une jeune fille de vingt et un ans, un peu délicate en apparence, mais dont la santé générale est excellente. Il y a quatre mois, en rentrant chez elle après une assez longue promenade, elle sentit sous la langue une petite grosseur, et en se regardant dans

une glace elle s'aperçut qu'il existait derrière les dents incisives de la mâchoire inférieure une tumeur presque aussi volumineuse qu'aujourd'hui.

Jusqu'au 19 de ce mois la malade n'a ressenti dans la tumeur aucun élancement, aucune douleur; la mastication s'est toujours accomplie sans difficulté, excepté lorsque les aliments étaient très-durs, et il n'a pas existé d'embarras bien réel de la parole. La malade nous dit qu'il y a certains mots qu'elle prononce avec peine mais elle ne peut nous les désigner, et pendant les interrogatoires réitérés que nous lui avons fait subir, nous avons toujours constaté qu'elle s'exprimait très-nettement.

Il y a six jours, la tumeur est devenue un peu douloureuse, sa surface a pris une teinte rouge plus prononcée que de coutume, et la mastication s'est trouvée gênée. Un gargarisme émollient a calmé rapidement cette légère inflammation, et aujourd'hui la langue jouit de toute sa mobilité, la parole est facile, la respiration n'est nullement embarrassée, et la malade mâche et avale sans difficulté ses aliments.

Si nous examinons la cavité buccale, nous constatons, au niveau de son plancher, l'existence d'une tumeur située à droite du frein et s'étendant en arrière entre l'arcade dentaire et la langue jusqu'à la dernière grosse molaire. Cette tumeur dont le volume est à peu près celui d'une amande verte ordinaire est ovoïde, assez allongée, et le doigt circonscrit nettement son extrémité postérieure. Elle est franchement fluctuante, souple, mais assez tendue; sa surface est lisse et les parois de la poche sont évidemment très-minces et sans épaississements partiels. L'indolence à la pression est absolue; la facilité avec laquelle les doigts appliqués aux deux extrémités du grand axe du kyste se

renvoient le liquide, nous permet d'affirmer que la cavité est uniloculaire.

La surface de la tumeur est parfaitement lisse, et la muqueuse buccale qui glisse sur elle a conservé sa coloration et son épaisseur normale. Au voisinage du frein, se voit une petite saillie qui répond à l'orifice du conduit de Wharton, et quelques fins capillaires partent de ce point pour s'irradier sur la grosse extrémité, c'est-à-dire sur l'extrémité interne de la tumeur, en donnant à la portion de muqueuse qui la recouvre une teinte bleuâtre. Le bord droit et la pointe de la langue sont légèrement soulevés par la tumeur qui jouit d'une certaine mobilité et qu'on peut en quelque sorte enfoncer dans le plancher de la bouche. Si l'on déprime ainsi le kyste, on perçoit une vague sensation de fluctuation avec un doigt placé sur la région sus-hyoïdienne qui devient alors plus bombée du côté droit que du côté gauche. Lorsque la malade ferme la bouche, à peine existe-t-il à droite une légère saillie au-dessous de la branche horizontale de la mâchoire.

La glande sous-maxillaire n'est ni douloureuse ni tuméfiée. Il n'y a pas trace d'engorgement ganglionnaire.

Après vous avoir ainsi décrit, Messieurs, la tumeur que porte notre malade, je pourrais à la rigueur me dispenser de vous exposer les caractères ordinaires de la grenouillette; vous avez en effet sous les yeux un type de *grenouillette sublinguale commune*, si je puis ainsi parler, et, neuf fois sur dix, c'est avec cette physionomie que se présenteront à vous les grenouillettes, tumeurs sinon très-rares, du moins assez exceptionnellement observées pour qu'il soit bon de garder le souvenir de celles que l'on a été à même d'étudier.

La grenouillette est une maladie qui survient plus géné-

ralement chez les adultes, mais qui peut être aussi *congénitale*, ainsi que MM. Depaul et Stoltz l'ont prouvé par des exemples. Les auteurs du *Compendium* citent un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche qu'ils désignent sous le nom de grenouillette congénitale, mais la nature toute spéciale de la tumeur ne permet pas de la ranger parmi les grenouillettes ordinaires. Le gros kyste sublingual observé par M. F. Guyon chez un enfant nouveau-né, et qui résultait d'une imperforation du conduit de Wharton, est au contraire le plus beau cas de grenouillette congénitale que je puisse vous citer. Enfin, si nous en croyons M. Perroud, Barrier aurait vu un enfant qui devait un bec-de-lièvre compliqué à la présence d'une grenouillette assez volumineuse pour s'être opposée au libre développement de la cloison naso-buccale.

On est d'accord, Messieurs, pour considérer la grenouillette comme plus fréquente chez la femme que chez l'homme, sans qu'il soit possible d'en trouver la raison, et par un singulier hasard, sur les trois malades de notre service qui en sont atteints, il y a deux femmes; celle dont je vous ai déjà parlé s'est aperçue de sa tumeur buccale alors qu'elle avait atteint déjà le volume que nous lui trouvons aujourd'hui. Une grenouillette débute insidieusement dans la plupart des cas, et ce n'est qu'arrivée à un certain degré de développement que la gêne qu'elle produit attire l'attention; nous pouvons cependant nous demander si le kyste n'aurait pas ici débuté brusquement comme chez un jeune homme observé en 1852 par Denonvilliers.

« Ce malade, âgé de treize ans, était resté pendant quatre heures consécutives exposé à un soleil ardent et tourmenté par une soif très-vive. S'il faut s'en rapporter à ses propres renseignements, il aurait éprouvé pendant ce temps une

sensation insolite dans la bouche, et lorsqu'il retourna chez lui, il aurait reconnu, pendant le trajet, l'existence d'une tumeur placée sous la langue, derrière les dents incisives inférieures. »

M. Bauchet a vu sur une personne de sa famille une grenouillette qui s'était développée en vingt-quatre heures, et Marjolin et Laugier, qui avaient aussi observé quelques-unes de ces tumeurs à début brusque, les avaient appelées *grenouillettes aiguës ;* il ne faut pas les confondre avec celles qui s'accompagnent d'accidents inflammatoires et auxquelles Denonvilliers a imposé le même nom. J'aurai du reste l'occasion d'examiner avec vous comment il faut interpréter ces faits. Sans révoquer en doute la possibilité d'un développement aussi rapide, je serais tenté de croire que ces grenouillettes aiguës ne sont souvent que des tumeurs dont on a reconnu par hasard l'existence, vu l'absence de symptômes propres à les faire remarquer lors de leur début.

Si nous continuons à n'avoir en vue que la grenouillette sublinguale commune, nous dirons que la tumeur grossit lentement sans produire autre chose qu'un peu de gêne de la mastication et de la parole. La tumeur de notre malade est de taille moyenne ; moins volumineuse, elle passerait sans doute inaperçue, plus grosse, elle provoquerait à coup sûr quelques troubles fonctionnels. Ici la grenouillette est unilatérale, et se présente sous son aspect le plus habituel : ovoïde, située sur un des côtés du frein entre l'arcade dentaire et la langue, elle constitue une tumeur rosée, indolente à la pression, molle et fluctuante, à parois souples et minces sur lesquelles glisse une muqueuse saine, la muqueuse du plancher de la bouche.

Parfois la tumeur n'est pas ainsi unilatérale ; elle peut

dépasser la ligne médiane, et la compression exercée sur sa paroi antérieure par le frein de la langue, lui donne alors une apparence bilobée, sans que la cavité soit formée de deux loges distinctes. La grenouillette est, je crois, le plus souvent uniloculaire ; je ne connais pas d'exemple de kystes divisés en compartiments par une ou plusieurs cloisons imperforées, mais il peut exister chez le même sujet deux grenouillettes situées chacune sur un des côtés du frein. Le malade qui est couché au n° 10 de notre salle porte, au niveau du plancher de la bouche, une tumeur qui fait une saillie à peu près égale à droite et à gauche du frein ; peut-être est-elle formée de deux kystes juxtaposés, mais la facilité avec laquelle la fluctuation se transmet d'un lobe à l'autre me porte à croire que nous avons affaire à une grenouillette uniloculaire et primitivement unilatérale qui se trouve aujourd'hui bridée par le frein.

Ce malade est un homme de trente-cinq ans qui, au mois de mai de cette année, vit se développer lentement sur le plancher de la bouche, à gauche du frein, une tumeur molle et indolente, sans pouvoir attribuer son apparition à aucune cause. Un mois après, une nouvelle tumeur se forma du côté opposé ; elle était en tout semblable à la première, avec laquelle elle ne tarda pas à se confondre. Il y a un mois environ qu'est apparue une tumeur sus-hyoïdienne, qui n'est certainement qu'une saillie formée par la grenouillette sublinguale, car, quand on la comprime, le kyste buccal paraît plus tendu et l'on perçoit la fluctuation d'une tumeur à l'autre ; je reviendrai du reste sur ces grenouillettes sus-hyoïdiennes.

Si nous n'intervenions pas, Messieurs, chez nos deux malades, qu'arriverait-il ? Les tumeurs resteraient-elles stationnaires ? Seraient-elles susceptibles de diminuer ou

de disparaître spontanément? Prendraient-elles au contraire un accroissement brusque ou lentement progressif?

Il n'existe pas dans la science, Messieurs, d'observation authentique prouvant que la grenouillette puisse disparaître spontanément; la tumeur tend au contraire à s'accroître de plus en plus, et la tension excessive de la poche peut être cause de sa rupture. Diemerbroeck cite un cas où cette rupture aurait été suivie d'une guérison radicale, mais d'autre part les auteurs du *Compendium* rapportent l'histoire d'une dame chez laquelle une grenouillette se rompait tous les cinq à six mois pour se reproduire quelque temps après. A en juger par la difficulté qu'on éprouve, après l'incision de la tumeur, à obtenir que la plaie ne se referme pas et à éviter la récidive, on ne peut vraiment pas considérer la rupture d'une grenouillette comme une terminaison heureuse; disons donc que c'est là un accident sans gravité, mais non un mode de guérison spontanée. Nous comprenons, au contraire, comment l'oblitération de la cavité peut succéder à son inflammation. La suppuration d'une grenouillette sublinguale commune est rare, mais nous verrons qu'elle est plus fréquente dans certaines variétés; toutefois vous vous rappelez que, chez notre malade, la tumeur, il y a quelques jours, est devenue un peu douloureuse et s'est légèrement enflammée; si la phlegmasie, au lieu de s'amender, avait abouti à la suppuration du kyste et si celui-ci s'était abcédé, la malade aurait pu guérir, car souvent tous nos efforts curatifs ne tendent qu'à développer dans une grenouillette cette inflammation qui peut à la rigueur naître sous l'influence d'une cause qui nous échappe, mais sur laquelle il ne faut pas compter.

En l'absence de complication, la tumeur grossit, lentement il est vrai, mais d'une façon progressive. Si géné-

ralement nous n'en voyons pas dont le volume dépasse celui d'une noix, c'est que les malades finissent par se préoccuper d'une maladie qui leur paraissait d'abord sans importance et se décident à nous consulter. La langue se trouve peu à peu gênée dans ses mouvements, et la prononciation devient difficile. Suivant certains auteurs la dénomination de grenouillette viendrait de la ressemblance qu'on aurait cru trouver entre le coassement de la grenouille et la voix des malades; pour d'autres, la tumeur rappellerait l'aspect du goître aérien de la grenouille, ou celui du dos du même animal, en raison de la fente médiane qui sépare le kyste en deux moitiés latérales comme chez le malade que j'ai signalé à votre attention. L'expression me semble assez impropre, mais elle est consacrée par l'usage et je ne m'arrêterai pas à rechercher quelle est, de toutes les hypothèses que je vous ai citées, la plus vraisemblable.

A l'embarras de la parole, se joignent des troubles du côté de la mastication et de la déglutition, et chez les enfants la succion peut devenir tout à fait impossible. Si l'on n'arrête pas par une opération l'accroissement de la tumeur, celle-ci atteint quelquefois le volume d'un œuf de dinde, et repoussant la langue en haut et en arrière, elle peut remplir la plus grande partie de la cavité buccale et s'opposer au rapprochement des mâchoires. C'est dans ces cas, très-rares heureusement, que les malades sont réellement exposés à mourir d'inanition, ou à succomber dans une crise de suffocation, comme le prouve un fait rapporté par A. Burns. Dans un mémoire de Louis sur les tumeurs sublinguales on peut lire l'observation d'une religieuse de trente-huit ans qui avait dans la bouche une tumeur considérable l'empêchant depuis longtemps de parler et la menaçant de suffocation. « La racine de cette

tumeur, écrit Louis, était sous la langue, elle remplissait toute la bouche par son volume, et sa saillie extérieure était du volume d'un œuf de cane. Son origine datait de vingt-deux ans; dans ses progrès, elle avait poussé les dents de l'une et l'autre mâchoire en dehors. On sentait quelques points de fluctuation à sa surface, d'autres endroits offraient une grande dureté. La malade qui pouvait à peine respirer demandait du soulagement; plusieurs consultants jugèrent qu'on ne devait pas toucher à cette tumeur, mais le cas étant devenu très-urgent, la malade consentit à se laisser donner un coup de trois-quarts; on fit la ponction à l'endroit le plus mollet, du côté extérieur. Il sortit par la canule une liqueur jaunâtre, épaisse, telle qu'on la trouve dans les grenouillettes; on agrandit l'ouverture avec le bistouri et l'on tira du foyer de cette tumeur environ une livre de matière sablonneuse, de couleur cendrée et sans mauvaise odeur. » J'ai cru devoir vous citer cette observation presque in extenso, Messieurs, car elle vous montre quel volume peut acquérir une grenouillette et quels désordres elle peut causer. Louis cite encore un autre cas dans lequel une canine supérieure était déjetée en avant, et après l'extirpation de la tumeur, le maxillaire inférieur fut trouvé carié.

Lorsqu'une grenouillette est petite et récente, les parois de la poche sont minces et souples en tous points comme chez notre malade du n° 9, et le liquide contenu est incolore et visqueux; il ressemble sous beaucoup de rapports à celui des kystes synoviaux du poignet. On y trouve une forte proportion d'albumine.

Dans les tumeurs anciennes et volumineuses au contraire, les parois sont épaissies par places, comme nous le voyons dans l'observation de Louis, et le liquide, au lieu

d'être transparent, peut être trouble, jaune rougeâtre ou puriforme. Parfois il est très-épais, demi-solide et contient de la graisse, de la cholestérine, de la matière sablonneuse de couleur cendrée, ou même des concrétions pierreuses. Louis avait déjà signalé qu'on rencontrait dans les anciens kystes une matière plâtreuse, et la même remarque a été faite de nos jours par plusieurs chirurgiens. En un mot, vous voyez, Messieurs, que le contenu des vieilles grenouillettes est essentiellement variable.

La tumeur, même lorsqu'elle n'est pas très-volumineuse, peut déprimer le plancher buccal et venir faire saillie au-dessous du maxillaire inférieur en pénétrant entre les muscles de la région sus-hyoïdienne. Chez la malade du n° 9 il n'en est pas ainsi, mais chez l'homme qui est couché au n° 10, vous pouvez constater l'existence d'une tuméfaction notable au-dessous de la branche horizontale de la mâchoire; le malade porte dans la région sus-hyoïdienne une véritable tumeur qui s'étend depuis l'angle de la mâchoire, du côté droit, jusqu'à la ligne médiane. Cette tumeur est indolente, sans changement de couleur à la peau, molle, fluctuante, et quand on comprime le kyste sublingual elle grossit visiblement. Nous n'avons plus affaire ici à une grenouillette purement sublinguale, mais à une variété de tumeur dite *grenouillette sus-hyoïdienne*. On peut dire que chez ce malade la grenouillette est *mixte*, puisqu'elle proémine à la fois du côté de la bouche et dans la région du cou.

Vous comprenez, Messieurs, comment il n'y a pour ainsi dire pas de limite à l'extension d'une grenouillette. En 1837, Velpeau a observé une tumeur qui occupait la totalité des régions parotidienne et sus-hyoïdienne gauche; Marchettis en a vu une comprimer les carotides primi-

tives et la trachée. Ces kystes peuvent descendre jusqu'au sternum ; bref, rien de plus simple que de se rendre compte des accidents que peut produire une grenouillette dont l'accroissement se fait du côté du cou. Le nom de grenouillette sus-hyoïdienne indique bien le siége occupé par la tumeur à une certaine période de son évolution, mais comme elle franchit assez fréquemment les limites de la région sus-hyoïdienne, je préférerais appeler cette variété *grenouillette cervicale*.

Les grenouillettes sus-hyoïdiennes ou cervicales sont beaucoup plus rares que les grenouillettes sublinguales, je puis cependant vous en montrer un bel exemple ; tantôt elles proéminent à la fois du côté de la bouche et du côté du cou, tantôt il n'existe pas de tumeur buccale, mais dans ce cas la tumeur cervicale a toujours été précédée d'un kyste sublingual, ou du moins je ne connais pas d'observation tendant à démontrer qu'une grenouillette ait été primitivement sus-hyoïdienne.

J'ai actuellement dans mon service, au nº 1, une femme âgée de trente ans dont le cou est déformé par une tumeur assez volumineuse, siégeant au-dessous de la mâchoire du côté gauche et descendant assez bas. Son histoire est intéressante, et je crois devoir insister sur tous les détails qui se rapportent au début de la maladie. Cette femme nous raconte qu'il y a quinze mois, étant à table, elle sentit se développer sous la langue, à gauche du filet, une grosseur qui atteignit rapidement le volume d'une cerise sans s'accompagner d'aucune douleur; M. le docteur Thiaux lui donna des soins, et voici la note que notre confrère eut l'obligeance de nous remettre, quand la malade entra à l'hôpital de la clinique le 23 août 1871.

« C'est au mois de mai 1870 que j'ai été consulté par

Mme S... A cette époque elle avait sous la langue, d'un seul côté, une petite tumeur molle, demi-transparente, formée par une dilatation du canal de Wharton dont l'orifice paraissait avoir été le siége d'une inflammation récente et n'était plus perméable. Je fis une ponction le plus près possible de l'*ostiolum ombilicale*, avec un petit trocart explorateur, et il s'écoula par la canule une salive visqueuse et incolore. La tumeur disparut ; mais un mois et demi après cette opération, elle s'était reproduite et j'y passai un séton avec un double fil de soie.

» Au bout de quelque temps la malade revint me voir et j'emportai avec les ciseaux un lambeau circulaire de la paroi du petit kyste. Je cautérisai les bords de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent, afin d'établir un orifice de sortie pour la salive. J'avais remarqué que celle-ci était de plus en plus visqueuse et que sa coloration devenait de plus en plus foncée.

» Je revis la malade au mois de novembre, l'orifice que j'avais créé subsistait, et je pus, en le traversant avec un stylet, pénétrer par un trajet fistuleux dans un cul-de-sac à une profondeur de 2 centimètres environ. En forçant un peu, mon stylet traversa une cloison et entra dans une nouvelle poche située plus profondément sous la langue et arrivant jusque dans la région sus-hyoïdienne.

» J'eus grand' peine à faire sourdre par la pression un peu de cette salive excessivement visqueuse dont j'ai parlé tout à l'heure. A ce moment, je déclarai à la malade qu'il faudrait pratiquer une opération plus longue et plus douloureuse que les précédentes, mais elle ne parut pas disposée à la subir immédiatement.

Je ne revis Mme S... qu'au mois de juin dernier (en 1871) à son retour de province. La grenouillette avait grossi con-

sidérablement et formait une tumeur du volume d'un petit œuf de poule sous l'angle du maxillaire inférieur; ses parois étaient dures et comme cartilagineuses. C'est alors que je ponctionnai le kyste avec un gros trocart et que je fis dans sa cavité une injection iodée. La poche se vida, suppura, et huit jours après la tumeur avait sensiblement diminué. A partir de cette époque je n'ai plus revu la malade. »

Ces renseignements très-précis que nous fournit M. Thiaux, sont pour nous, Messieurs, d'une grande utilité. Je discuterai tout à l'heure avec vous la nature de la tumeur primitive, et vous verrez que je partage entièrement à ce sujet l'opinion de notre confrère.

Aujourd'hui il n'y a plus trace de tumeur sublinguale ou plutôt il n'existe pas de saillie du côté du plancher de la bouche, mais une induration qui se prolonge le long de la face postérieure de la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté gauche, à partir de la ligne médiane, nous indique clairement où siégeait la tumeur qu'on a détruite.

A l'inspection du cou, on constate une tuméfaction assez diffuse, mais qu'on peut néanmoins limiter de la façon suivante : elle répond, en haut, au bord inférieur du maxillaire dans toute sa partie latérale gauche; en dehors, au bord antérieur du sterno-clido-mastoïdien; en dedans, elle atteint la ligne médiane sans la dépasser, en bas, elle se termine en pointe au niveau de la partie moyenne du cou. La peau a conservé sa coloration normale et toute sa mobilité.

A la palpation, on sent que l'on n'a pas affaire à une simple tuméfaction, mais à une véritable tumeur. Au premier abord, celle-ci donne la sensation d'un lipome très-mou; si le cou est dans l'extension, il est impossible de percevoir

la moindre fluctuation, mais lorsque la tête est fléchie ainsi que la colonne cervicale, on peut alors sentir que la tumeur est liquide, en la faisant saillir et en tâchant de la pédiculiser. La poche est médiocrement tendue, ses parois sont souples et régulières; au voisinage du maxillaire il existe cependant quelques indurations.

Ces caractères de la tumeur peuvent être encore constatés aujourd'hui, bien que nous ayons ces jours derniers, à l'aide de l'aspirateur de M. Dieulafoy, évacué la totalité du liquide que contenait la poche; le liquide s'est en effet reproduit rapidement; nous n'avions pas, du reste, l'intention de pratiquer une opération radicale et la ponction n'était qu'exploratrice. Nous n'avons retiré que trois cuillerées environ d'un liquide visqueux, filant et jaunâtre qui s'est coagulé par la chaleur et dans lequel nous avons trouvé une petite proportion de sulfocyanure de potassium. J'appelle votre attention sur la présence de ce sel dans le contenu de la tumeur, car elle a une signification dont il faut tenir le plus grand compte. Lorsque nous avons cherché si l'orifice du conduit de Wharton du côté gauche était perméable, il nous a été impossible de l'apercevoir, et en provoquant la salivation à l'aide de chlorure de sodium introduit dans la bouche, nous n'avons pas vu sourdre la moindre goutte de salive à gauche du frein, là où siége l'*ostiolum ombilicale* qui répond, vous le savez, à l'orifice du canal excréteur de la glande sous-maxillaire; du côté opposé, au contraire, la salive s'échappait en jet; nul doute par conséquent que le conduit de Wharton ne soit obstrué du côté où siége la tumeur, c'est-à-dire à gauche.

La malade n'éprouve aucune gêne de la mastication, de la déglutition ni de la parole. Jamais elle n'a ressenti de

douleurs au niveau de la région sus-hyoïdienne ni dans la tumeur.

Le moment est venu, Messieurs, de rechercher avec vous quel peut être le siége précis des kystes que portent les malades de notre service. Je vous ai dit que sous le nom de grenouillettes on comprenait pour ainsi dire toutes les tumeurs liquides du plancher de la bouche, mais ces tumeurs peuvent avoir des origines si différentes qu'il est indispensable de les distinguer les unes des autres, en ajoutant au terme générique de grenouillette un mot qui spécifie la variété à laquelle elles appartiennent. Les kystes du plancher de la bouche ne sont que difficilement confondus avec les tumeurs solides qui peuvent se développer dans cette région, telles que les lipomes qui donnent lieu à une fausse fluctuation et qui présentent une teinte jaunâtre, les adénomes, etc. Parfois cependant on a commis des méprises, mais je n'entreprendrai pas l'étude des tumeurs sublinguales en général.

Parmi les grenouillettes, Denonvilliers a rangé une tumeur observée par lui et qu'il a décrite sous le nom de grenouillette congénitale; cette tumeur n'était autre chose qu'un kyste dermoïde analogue à ceux qu'ont décrits dans la région du plancher de la bouche nombre d'auteurs, tels que Marchettis, Jourdain, etc. Ces kystes dermoïdes, probablement tous congénitaux, peuvent grossir aux différents âges de la vie et n'être remarqués que dans la seconde enfance ou même plus tard; ils atteignent un volume variable. Leur surface interne est revêtue de poils follets avec leurs follicules; leur contenu ne diffère pas de celui de tous les kystes dermoïdes, c'est-à-dire qu'il est constitué par des cellules épithéliales, des granulations graisseuses, des poils, etc.

Cliniquement, ils diffèrent des grenouillettes ordinaires par l'opacité et l'épaisseur de leur paroi, ils peuvent être fluctuants, mais souvent ils présentent une consistance pâteuse et leur surface garde un certain temps l'empreinte du doigt.

On pourrait appeler ces kystes *grenouillettes dermoïdes*, pour indiquer à la fois et leur siége et leur nature, mais il ne faut pas les confondre avec les grenouillettes ordinaires dont le liquide a subi les modifications que je vous ai signalées ; je crains que les anciens auteurs n'aient pas songé à faire cette distinction. On doit attacher une grande importance à la présence des poils qui ne se rencontrent que dans les kystes dermoïdes, et constituent un caractère dont la signification est absolue.

M. Dolbeau a décrit sous le nom de *grenouillettes sanguines* de véritables tumeurs érectiles du plancher de la bouche. Ces angiomes sont veineux, et ce qui permet de les classer parfois parmi les kystes, c'est qu'ils peuvent contenir des lacunes assez spacieuses, pleines de sérosité rosée et sans communication avec le lacis vasculaire au milieu duquel elles sont plongées. Les lacunes se forment sans doute comme les kystes au sein de toutes les tumeurs érectiles, par le mécanisme qui a été si bien exposé par Holmes Cootes et Bickersteth.

Le diagnostic de la grenouillette sanguine, Messieurs, est parfois très-difficile, surtout si celle-ci est constituée par un ou plusieurs kystes ne communiquant pas avec le système circulatoire et masquant le lacis veineux sous-jacent ; sinon la tumeur présente à peu près les caractères des tumeurs érectiles veineuses ordinaires, elle est violacée, en partie réductible et augmente de volume pendant les efforts.

Enfin, on a observé des kystes hydatiques au niveau du plancher de la bouche comme dans tous les organes et dans toutes les régions, et M. Maurice Laugier les a désignés avec raison sous le nom de *grenouillettes hydatiques*. Ces tumeurs sont très-rares, je n'en connais que deux cas. L'un est rapporté par M. Richet dans son *Anatomie chirurgicale*. L'autre appartient à M. Gosselin et a été l'objet du mémoire de M. M. Laugier. Dans le premier cas, le kyste, de la grosseur d'un œuf de pigeon, était situé entre les muscles génio-glosses et proéminait du côté de la cavité buccale. Dans le second, la tumeur offrait tous les caractères d'une grenouillette ordinaire, si ce n'est que la poche avait des parois épaisses qui rendaient la fluctuation moins nette que de coutume. Elle avait le volume d'une noix, occupait la moitié gauche du plancher de la bouche et refoulait fortement la langue en haut et en arrière ; sa marche et les troubles fonctionnels qu'elle occasionnait n'étaient pas de nature à éveiller l'attention sur la possibilité d'une production insolite. M. Gosselin pratiqua l'excision d'une portion de la paroi et trouva dans la cavité du kyste une hydatide dont le liquide contenait des granulations graisseuses, des cristaux d'hématoïdine et d'acide stéarique, et enfin des crochets d'échinocoques et des échinocoques entiers.

Les seuls caractères qui pourraient à l'avenir faire présumer l'existence d'une grenouillette hydatique avant toute ponction exploratrice seraient, d'après M. Laugier, l'épaisseur de la poche et par conséquent la fluctuation profonde ; quant au frémissement hydatique, il n'a pas été recherché. J'avoue que ces caractères me paraissent insuffisants, car nous avons vu qu'il s'en faut de beaucoup que les grenouillettes ordinaires aient toujours l'aspect

de la tumeur que vous avez pu observer chez la malade du n° 9 de mon service.

Les grenouillettes dermoïdes, sanguines et hydatiques sont situées, Messieurs, en dehors des glandes salivaires et de leurs conduits excréteurs, mais en est-t-il de même des grenouillettes communes? C'est là une question longtemps discutée et non encore résolue.

Le plancher de la bouche est en quelque sorte un carrefour où viennent aboutir un grand nombre de conduits qui versent la salive sécrétée par les glandes situées sous la muqueuse buccale dans la rigole limitée, en avant, par la courbe du maxillaire inférieur, et en arrière par la langue. Il était naturel de penser que ces conduits excréteurs n'étaient pas étrangers à la formation des grenouillettes, aussi les anciens auteurs virent-ils dans ces tumeurs de simples dilatations des canaux salivaires.

La glande sous-maxillaire se trouve située, vous le savez, dans la région sus-hyoïdienne, mais M. Sappey lui a parfaitement décrit deux prolongements, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui, formés quelquefois d'un petit nombre de lobules seulement, peuvent être sous-jacents à la muqueuse du plancher de la bouche. Son conduit excréteur ou canal de Wharton vient s'ouvrir vers la partie inférieure du frein de la langue au sommet d'un petit tubercule, en s'adossant à celui du côté opposé, dans le coude que forme sa portion terminale, pour se porter directement en avant. On a donné à son orifice le nom d'*ostiolum ombilicale*. Ce conduit est sous-muqueux sur une étendue de 3 ou 4 millimètres, et nous noterons la minceur de ses parois ainsi que les grandes dimensions de son calibre.

A droite et à gauche du frein, en rapport par leur face postéro-interne avec le conduit de Wharton qui les croise

en diagonale, les glandes sublinguales soulèvent la muqueuse buccale par leur bord supérieur au niveau duquel viennent s'ouvrir leurs conduits excréteurs dont l'embouchure est peu apparente et qui ne communiquent jamais avec le canal de Wharton. Rivinus, puis Bartholin, décrivirent à chacune des glandes sublinguales un seul conduit, mais il est aujourd'hui bien démontré par les recherches de mon ami M. Tillaux et par celles de M. Sappey que la glande sublinguale n'est qu'un amas de lobules, dont la série non interrompue s'étend depuis le frein de la langue jusqu'à la partie postérieure du plancher buccal et qui sont simplement plus nombreux et plus pressés les uns contre les autres au voisinage de la ligne médiane que sur les côtés. Le conduit de Rivinus, s'il existe, n'est que le plus volumineux de tous les canaux excréteurs des lobules qui, au nombre de vingt ou trente, viennent s'ouvrir isolément sur toute la longueur du plancher de la bouche.

Ces considérations anatomiques, Messieurs, étaient indispensables pour que vous suiviez aisément la discussion dans laquelle nous allons entrer sur la nature des grenouillettes.

Les opinions émises sur le siége de ces tumeurs ont été des plus diverses; je laisse de côté celle des auteurs qui comparaient les grenouillettes aux meliceris, je ne m'occuperai plus de ces grenouillettes dermoïdes, sanguines et hydatiques dont je vous ai parlé brièvement et que je vous proposerai de désigner sous le nom de *fausses grenouillettes*, pour les opposer aux grenouillettes développées aux dépens des glandes salivaires et que j'appellerai *grenouillettes vraies ou salivaires*.

Les membres de l'Académie de chirurgie et les chirurgiens du siècle dernier, Lafaye, Louis, Sabatier, considé-

raient presque tous la grenouillette comme due à une rétention de la salive dans les glandes salivaires ou dans leurs conduits excréteurs ; le fait leur paraissait d'une telle évidence qu'ils ne le discutaient pour ainsi dire pas, et ils confondirent dans leurs descriptions plusieurs variétés de kystes ou de maladies évidemment très-distinctes. « La grenouillette est manifestement une tumeur salivaire », écrit Louis, et plus loin il ajoute : « Les tumeurs salivaires ne sont point enkystées, suivant l'idée qu'on attache communément à ce terme ; ce sont les glandes mêmes et leurs tuyaux excrétoires dilatés par la matière de l'excrétion retenue. C'est ainsi qu'on voit le sac lacrymal se dilater lorsque l'issue des larmes est empêchée par l'obstruction du canal nasal et qu'on voit un uretère acquérir le volume d'un gros intestin par la rétention de l'urine à l'occasion d'une pierre qui bouche ce conduit. »

Ce fut Munnicks qui formula la théorie dont l'illustre secrétaire de l'Académie de chirurgie se fit plus tard le propagateur et il déclara positivement que la grenouillette « venait d'une salive trop âcre et trop épaisse, laquelle ne pouvant sortir par les canaux salivaires inférieurs, s'amasse sous la langue et y produit une tumeur ».

A cette époque, la question fut scientifiquement mal discutée, et pouvait-il en être autrement en l'absence de données anatomiques positives ? Walther, il est vrai, avait bien décrit, en 1724, à la glande sublinguale quatre conduits indépendants du canal de Wharton, mais Louis et ses contemporains semblent se préoccuper fort peu d'établir une distinction entre les tumeurs formées manifestement par une dilatation du conduit de Warthon et les autres. Cependant Lafaye avait écrit : « On reconnaît deux espèces de grenouillettes; les unes rondes, placées sous la langue,

semblent n'être produites que par la dilatation du canal excrétoire de la glande sublinguale; les autres sont plus longues que rondes, placées à la partie latérale de la langue, et formées par la dilatation du canal excrétoire de la glande maxillaire inférieure. La liqueur qui remplit ces tumeurs est la salive qui y séjourne et s'y amasse peu à peu à cause de son épaississement et de l'atonie du canal. »

Ces lignes de Lafaye sont remarquables, Messieurs, car elles nous prouvent que cet auteur, bien qu'il ne paraisse reconnaître qu'un seul canal excréteur à la glande sublinguale, avait su distinguer les deux variétés de grenouillettes proprement dites que l'on peut admettre aujourd'hui; elles passèrent cependant inaperçues, ou à peu près, car en 1836 Marjolin et Laugier définissent encore la grenouillette : « une tumeur située au-dessous de la langue, formée par l'un des conduits de Wharton, obstrué près de son orifice par un obstacle quelconque, et distendu dans le reste de son étendue par la salive qui s'y amasse. »

Dupuytren se montra moins exclusif, et s'il admettait comme ses devanciers que la grenouillette pût être causée par l'occlusion des canaux excréteurs des glandes sous-maxillaires et sublinguales, et par l'accumulation de la salive derrière l'obstacle ou le point oblitéré, il n'affirmait pas qu'il en fût toujours ainsi. Pour lui personne n'avait encore démontré le véritable siége anatomique de la grenouillette, et il ne se déclarait point suffisamment éclairé par les dissections de Breschet qui cinq fois avait trouvé chez des enfants des grenouillettes indépendantes des voies salivaires ; il pensait toutefois que dans certains cas la tumeur sublinguale n'est qu'un kyste séreux.

Enfin, Messieurs, Dupuytren eut le mérite d'émettre le premier d'une façon précise une idée qui devait faire for-

tune, en supposant que la grenouillette pouvait bien n'être souvent qu'une dilatation kystique d'un follicule muqueux du plancher de la bouche. Dupuytren ignorait que ces follicules muqueux fussent de véritables glandes salivaires et des lobules accessoires de la glande sublinguale proprement dite, à laquelle Walther n'avait décrit que quatre conduits excréteurs, mais c'est lui en réalité qui doit être considéré comme l'auteur de la théorie moderne sur le siége le plus habituel de la grenouillette.

La théorie de Munnicks fut pour la première fois vivement attaquée par Malgaigne qui, en 1838, accumula contre elle preuves sur preuves, ou pour mieux dire arguments sur arguments. Avant d'examiner la valeur de ceux-ci, je ne dois pas oublier dans cette revue historique de vous rappeler la découverte que firent, en 1841, Stromeyer et Fleichmann d'une petite bourse séreuse sublinguale qu'ils considérèrent immédiatement comme le siége des grenouillettes qu'ils appelaient muqueuses pour les distinguer des grenouillettes vraies ou salivaires. D'après ces auteurs, cette bourse séreuse serait couchée sur le muscle génioglosse, de chaque côté du frein, derrière le conduit de Wharton, sa forme serait ovalaire, et des cloisons celluleuses la diviseraient en loges secondaires.

La cavité signalée par Stromeyer et Fleichmann n'est pas constante, M. Verneuil ne l'a trouvée que deux fois sur dix sujets, et bien des anatomistes n'ont pas même été aussi heureux que lui dans leurs investigations; ce ne serait pas là sans doute une raison suffisante pour repousser l'opinion des auteurs allemands sur l'origine de certains kystes, opinion qui a du reste été assez favorablement accueillie en France, toutefois elle n'est pas appuyée sur des observations assez concluantes pour nous décider

à l'accepter, si ce n'est en présence de cas tout à fait exceptionnels.

Malgaigne et les chirurgiens éminents qui ont partagé ses idées ne nient pas qu'il existe des tumeurs sublinguales produites par une rétention de la salive dans le canal de Wharton, mais ils refusent à celles-ci le nom de grenouillettes ou, comme M. Denonvilliers, ils leur imposent celui de *grenouillettes calculeuses*, quand ce sont des concrétions salivaires qui obstruent la lumière du canal excréteur. Suivant M. Broca la grenouillette classique est une tumeur chronique, circonscrite, indolente, demi-transparente et aussi constante dans sa situation que peut l'être l'hydrocèle de la tunique vaginale; l'oblitération du canal de Wharton est tout à fait étrangère à la formation de la cavité kystique. Nous voilà bien loin de l'opinion également classique en son temps de Lafaye et de Louis, qui voyaient dans la grenouillette une dilatation des canaux de Wharton et de Rivinus.

Je veux bien, Messieurs, considérer comme une variété à part, comme une grenouillette aiguë ou calculeuse la tumeur formée par la dilatation du conduit de Wharton à la suite de son obstruction par un calcul ou du rétrécissement de son orifice, lorsqu'il survient du côté du plancher de la bouche ou dans la glande sous-maxillaire des symptômes inflammatoires, mais avec un certain nombre d'auteurs, j'admets aussi une grenouillette chronique, indolente, siégeant dans le canal excréteur de la glande.

Est-ce à dire pour cela que j'assigne à la plupart des grenouillettes une semblable origine? Non certes, mais je ne vois pas de raison suffisante pour rayer du cadre nosologique la grenouillette, telle que Munnicks et Louis la concevaient au point de vue de la pathogénie.

Il est certain néanmoins, et le fait est aujourd'hui démontré, que les trois quarts au moins des grenouillettes sont formées par la dilatation kystique d'une des glandules dont l'ensemble constitue ce qu'on entend sous le nom de *glande sublinguale;* si la tumeur se forme aux dépens d'une glandule un peu compliquée, c'est-à-dire composée d'un grand nombre de culs-de-sac et de plusieurs conduits excréteurs, il est probable que la dilatation porte d'abord sur le conduit excréteur commun dont l'orifice est oblitéré et gagne de proche en proche un ou plusieurs des culs-de-sac. S'il s'agit au contraire d'une glande plus simple on s'explique bien plus facilement encore l'apparition d'un seul kyste.

L'analogie, Messieurs, plaide en faveur de cette manière de voir; les kystes acineux sont en effet très-fréquents. Nous voyons ceux du sinus maxillaire si bien décrits par M. Giraldès et ceux de la glande vulvo-vaginale étudiés par M. Huguier reconnaître presque exactement le même mode de développement que les grenouillettes dont nous nous occupons; tous ces kystes peuvent atteindre et même dépasser le volume d'une noix, ce qui prouve à quel point les plus petits conduits sont susceptibles de dilatation et ils contiennent ce même liquide filant, visqueux, en général transparent, qui se rencontre dans presque tous les kystes d'origine glandulaire. Enfin, la présence de cellules épithéliales à la surface interne de la paroi ou nageant dans le liquide indique clairement l'origine glandulaire des tumeurs.

Le siége habituel de la grenouillette classique n'est donc pas douteux, d'autant plus que presque toujours on voit sourdre la salive par l'orifice des canaux de Wharton, comme chez deux de nos malades, lorsque l'on a soin de

déposer dans la bouche des substances sapides propres à exciter la salivation. La compression de la tumeur ne provoque aucun écoulement de liquide par ces mêmes conduits, enfin Follin et bien d'autres chirurgiens sont parvenus à pratiquer le cathétérisme de ceux-ci, quoique l'étroitesse des orifices, la disposition coudée des canaux et l'inflexion de la frange de tissu muqueux dans l'épaisseur de laquelle ils sont creusés rendent cette opération assez difficile.

M. Perroud, dans une bonne thèse soutenue en 1868, a divisé les grenouillettes en grenouillettes *sialangiques* et *asialangiques*, en empruntant à la nomenclature de M. Piorry les radicaux des mots nouveaux dont il se servait. Les premières contiennent les tumeurs enkystées dues à la dilatation des conduits excréteurs des glandes sous-maxillaires ou sublinguales, en un mot les grenouillettes de Munnicks, de Lafaye et de l'Académie de chirurgie, les secondes sont dans cette division les hydropisies de la bourse muqueuse de Fleichmann que l'auteur, toutefois, ne considère pas comme démontrées, et les grenouillettes qu'il appelle lacuneuses consécutives, produites par la rupture des voies salivaires et dues à une extravasation de salive finissant par s'enkyster dans le tissu cellulaire environnant. Enfin M. Perroud signale, comme Dupuytren, la possibilité de rencontrer des grenouillettes qu'il nomme folliculaires, ayant pour point de départ la dilatation de glandules salivaires analogues à celles qui sont disséminées sur les lèvres, à la face interne des joues, etc. Pour moi je rangerais les grenouillettes folliculaires parmi les grenouillettes ordinaires, ne considérant ces glandules que comme des grains de la glande sublinguale.

Arrivons maintenant aux grenouillettes du canal de

Wharton, à celles dont l'existence a été contestée et voyons s'il faut admettre ou repousser cette variété.

Un mot d'abord sur les accidents causés par l'introduction d'un corps étranger ou par la présence d'un calcul dans le conduit excréteur de la glande sous-maxillaire.

Dans une observation de Robert, il s'agit d'un cordonnier chez lequel un morceau de soie de sanglier pénétra dans l'orifice du canal de Wharton et donna lieu à des accidents dont on ignora la cause jusqu'au jour où le corps étranger apparut hors du conduit et fut extrait. « Le malade, lorsqu'il consulta Robert, avait depuis quelque temps dans la région sous-maxillaire un gonflement accompagné de peu de douleurs offrant dans son volume de fréquentes variations et alternant souvent avec un écoulement mucoso-purulent qui se faisait jour par la partie inférieure de la bouche. La glande sous-maxillaire dépassait le niveau de la mâchoire inférieure et paraissait avoir triplé de volume ; la pression en était indolente, mais provoquait un écoulement assez abondant par l'orifice ulcéré du canal de Wharton et par une petite ouverture placée dans son voisinage. » Évidemment il ne s'agit pas là d'une grenouillette, puisqu'il n'y avait pas trace de tumeur sublinguale, mais d'une inflammation du conduit de Wharton, et probablement aussi de la glande elle-même, inflammation survenue sans obstruction complète du conduit excréteur et à la suite de l'irritation produite par le corps étranger.

La présence d'un calcul dans le canal de Wharton, près de son embouchure, peut donner lieu à des accidents tout à fait semblables sans grenouillette, et il n'existe dans certains cas qu'un peu de gonflement au niveau du plancher de la bouche, lorsque la salive peut encore s'écouler entre

le calcul et la paroi, mais il n'en est pas toujours ainsi, et derrière un calcul peut apparaître une tumeur due à la dilatation du conduit par la salive. La tumeur n'est pas en général permanente, c'est-à-dire qu'elle subit des alternatives de distension et d'affaissement très-marqués, suivant que la salive s'écoule dans la bouche ou s'accumule en arrière de l'obstacle; c'est pendant et après le repas, alors que la sécrétion salivaire se trouve excitée au plus haut point, que la tumeur atteint son volume maximum. Une observation consignée par Jarjavay dans son mémoire sur la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotides, sous-maxillaire et lacrymale, vous donnera une idée parfaite de l'une des formes de la grenouillette du canal de Wharton.

« La nommée Essortier, âgée de vingt-sept ans, raconte que vers l'âge de dix ou onze ans elle descendait une échelle, quand elle ressentit tout à coup un picotement en dedans de la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure. Depuis cette époque, quand elle mangeait, une tumeur se formait sur la partie latérale gauche de la région glosso-sus-hyoïdienne et disparaissait peu à peu après le repas, pour reparaître de nouveau dès que des substances sapides étaient placées dans la bouche. Pendant dix-sept ans les accidents n'ont pas été continus; ce sont de nouvelles douleurs pendant le repas qui portent la malade à demander de nouveaux avis.

» Au moment où j'examine le plancher de la bouche il n'existe aucune tuméfaction, cependant le doigt, porté d'arrière en avant sur le trajet du canal de Wharton, sent près du frein un petit corps dur qui ne paraît recouvert que par la membrane muqueuse.

» Le lendemain, 16 juin 1850, je constatai, quelques mi-

nutes après le commencement du repas, une tuméfaction sur le trajet du canal de Wharton, à gauche. Dès l'introduction des aliments dans la bouche et les premiers mouvements de mastication, une douleur pongitive s'était fait sentir vers la glande sous-maxillaire. La muqueuse buccale était rouge sur la partie tuméfiée et non transparente. La pression exercée entre le pouce placé sur la peau de la région sus-hyoïdienne et l'indicateur introduit dans la bouche faisait jaillir un liquide transparent comme la salive, de la papille qui supporte l'orifice du conduit excréteur. Une fois désempli, ce canal fut de nouveau distendu quand la malade se remit à mâcher d'autres aliments; la même manœuvre donna encore lieu au même phénomène.

» Le 17 juin, la malade étant encore à jeun, je soulevai le côté gauche du plancher de la bouche avec les quatre derniers doigts d'une main, tandis que le pouce prenait un point d'appui sur l'arcade dentaire. De l'autre main je portai la pointe d'un bistouri sur le corps dur, placé sous la muqueuse et je fis l'incision de cette membrane. Le contact de l'instrument avec lui donna la sensation du frottement du métal contre une pierre. Il y eut quelques difficultés à la saisir avec une pince; elle glissait toujours sous la légère pression exercée par les mors. L'incision de la muqueuse ayant été agrandie, je la tirai d'un coup d'ongle de l'espèce de loge qui la recélait; c'était un calcul d'un blanc jaunâtre, dur, oblong, dont le grand diamètre était double du petit, gros comme un haricot, chagriné à sa surface, un peu aplati et creusé sur une de ses faces d'une petite rigole, comme quelques calculs uréthraux. »

J'ai tenu, Messieurs, à vous lire presque *in extenso* cette observation de Jarjavay que vous trouverez du reste citée dans toutes les discussions sur l'origine de la grenouillette,

car elle établit nettement la réalité de la grenouillette calculeuse, sans nous autoriser cependant à donner la dilatation du canal de Wharton comme une conséquence nécessaire de la présence de calculs dans les voies salivaires. Vous voyez que cette grenouillette peut être en quelque sorte intermittente, lorsque le calcul est creusé d'une rigole qui empêche la rétention complète du liquide, disposition assez fréquente.

Les calculs, s'ils ne dénotent souvent leur présence par aucun trouble, ou s'ils sont longtemps assez bien tolérés, comme chez la malade de Jarjavay, finissent cependant par provoquer presque toujours des accidents inflammatoires. La tumeur s'accroît alors sensiblement, des douleurs vives surviennent dans la région de la glande sous-maxillaire qui se tuméfie et dont la sensibilité est extrême; tous les mouvements de la mâchoire inférieure sont pénibles, la parole est difficile et la mastication d'aliments un peu durs devient presque impossible. Au niveau du plancher de la bouche proémine parfois une tumeur plus ou moins volumineuse qui se vide par la pression; il s'écoule alors par l'orifice du conduit de Wharton de la salive épaisse et mêlée de pus ou du pus presque pur. Ces poussées inflammatoires peuvent se calmer et ne pas aller jusqu'à la suppuration, mais elles se reproduisent un jour ou l'autre et se terminent souvent par de véritables abcès qui s'ouvrent dans la bouche ou dans la région sous-maxillaire.

Une observation rapportée dans la thèse de M. Demorey sur les calculs de la glande sous-maxillaire vous fournit un bel exemple de grenouillette calculeuse aiguë. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui au moment des repas sentait se développer sous la langue, à droite du frein, une tumeur douloureuse, molle, du volume d'une noisette. Le

malade était souvent obligé de suspendre son dîner et d'attendre l'évacuation du liquide pour pouvoir le continuer; c'était surtout quand il mangeait des mets épicés, acides, excitant la sécrétion salivaire, qu'il voyait la tumeur se former rapidement. Ces symptômes étaient survenus alors que le malade avait douze ans, et ils disparurent lorsqu'une concrétion de la grosseur et de la forme d'un grain d'orge s'échappa pendant un repas.

Après l'expulsion de ce calcul la tumeur salivaire ne reparut plus pendant de longues années, mais le malade conserva toujours une petite induration du plancher de la bouche. En 1855, vingt ans après les premiers accidents, cet homme, après avoir été longtemps incommodé par une tumeur salivaire à peu près semblable à la première, souffrit davantage et s'aperçut un jour que l'orifice du conduit de Warthon était fortement dilaté par un calcul qui s'y trouvait engagé. Les douleurs étaient devenues très-vives, le malade pouvait à peine ouvrir la bouche, et il existait à droite du frein, en arrière de l'orifice du conduit salivaire, une tumeur du volume d'une amande, allongée, cylindroïde, proéminente, excessivement douloureuse, peu mobile et dure à la pression; en la saisissant entre les doigts, on sentait parfaitement le corps étranger qui offrait de la résistance. Un énorme calcul cherchait à s'échapper par le canal de Warthon déjà très-dilaté. L'extrémité antérieure de la concrétion était lisse, polie et d'une couleur jaune sale; la glande sous-maxillaire était deux fois plus grosse que celle du côté opposé.

Après l'extraction du calcul, opération qui fut facile, il s'écoula une certaine quantité de salive épaisse et purulente. Les symptômes douloureux disparurent immédiatement.

Ce fait, rapproché de celui de Jarjavay, suffit, Messieurs, pour vous donner une idée de la physionomie des grenouillettes calculeuses, mais notez bien que je n'entends pas établir que les calculs donnent toujours lieu à une tumeur salivaire; on a contesté à ces tumeurs à marche spéciale le nom de *grenouillettes*, en se fondant sur la différence qu'elles présentent au point de vue de leur marche et de leurs symptômes avec les grenouillettes ordinaires qui ne s'accompagnent ni de tuméfaction de la glande sous-maxillaire, ni de douleurs, qui peuvent atteindre un volume plus considérable et qui enfin sont constantes, et non pas, comme celles-ci, intermittentes. C'est là une simple querelle de mot; que l'on n'entende par grenouillettes, comme M. Broca, que les tumeurs qui ne succèdent pas à l'oblitération du canal de Warthon, rien de mieux, mais je ne vois pas de nécessité à changer ainsi la signification d'un mot qui exprime simplement l'existence d'une tumeur kystique du plancher de la bouche.

Je vais même plus loin et j'affirme que certaines grenouillettes du canal de Warthon peuvent ressembler assez aux grenouillettes ordinaires pour que l'on ne doive pas considérer celles-ci comme exclusivement développées aux dépens des glandes sublinguales, ce qui est cependant, j'en conviens, le cas de beaucoup le plus fréquent.

Or, qu'a dit Malgaigne, et quelles sont les raisons alléguées contre l'opinion de ceux qui regardent certaines grenouillettes *indolentes* comme formées par la dilatation du conduit de Warthon ? C'est ce que nous allons examiner brièvement, nous réservant de citer ensuite quelques faits à l'appui de la cause que nous cherchons à défendre.

Et d'abord, n'ayant pas l'intention de soutenir que toutes

es grenouillettes ont l'origine que j'assigne, au contraire, à quelques-unes seulement, je ne répondrai pas aux objections tirées de la perméabilité du conduit de Warthon ou de l'indépendance de la tumeur; les dissections de Breschet, de Follin et d'autres, les faits allégués par les observateurs qui ont vu sourdre la salive par l'ostiolum ombilicale ne prouvent qu'une chose, c'est que la plupart des grenouillettes ordinaires n'appartiennent pas à la variété dont je cherche à démontrer l'existence.

On a dit que l'analogie défendait d'admettre la dilatation kystique des canaux de Warthon : 1° parce que la dilatation d'un canal est générale et ne peut être localisée à une portion seulement de sa longueur; 2° parce que le conduit de Sténon ne présente que des fistules et pas de dilatations kystiques.

La première de ces objections nous semble tomber devant les exemples de dilatations partielles de l'urèthre en arrière des rétrécissements ou des calculs, dilatations connues sous le nom de *poches urineuses*. De plus, comme le fait remarquer M. Forget dans son rapport sur le mémoire de M. Jarjavay, c'est à tous les degrés que la dilatation du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale a été observée par M. Huguier; enfin M. Forget nous a démontré dans son travail sur la galactocèle mammaire, que plusieurs conduits pouvaient venir s'ouvrir dans une ampoule située sur un canal excréteur.

Quant au conduit de Sténon, il est faux de dire qu'il soit incapable de subir une dilatation kystique; plusieurs observations et entre autres un fait appartenant à M. Desnos, prouvent qu'on l'a vu former une tumeur « comparable à une grosse sangsue gorgée de sang », fluctuante, molle et flasque quand on la comprimait en arrière, résistante

au contraire après quelques mouvements de mastication. La tumeur gonflée se dessinait à l'intérieur de la bouche comme vers la joue, quoique d'une manière moins distincte; la compression exercée sur elle après le repas l'affaissait et faisait jaillir la salive par l'orifice du canal quelquefois même hors de la bouche, mais on ne pouvait produire ce jet qu'une fois à chaque séance, à la première pression.

L'apparition de la tumeur observée par M. Desnos remontait à cinq ou six ans, une tension plutôt pénible que douloureuse se manifestait après la mastication. Le méat salivaire n'était pas plus dilaté du côté malade que du côté sain; il n'était ni altéré, ni entouré d'indurations. M. Desnos put y introduire un stylet d'argent très-fin qui, après avoir franchi non sans peine l'orifice, pénétra ensuite sans obstacle jusqu'au voisinage de l'oreille; le canal ne contenait ni calculs ni corps étrangers. L'étroitesse du conduit de Stenon près de son embouchure engagea M. Desnos à tenter la dilatation, mais ce mode de traitement échoua.

Ce fait, Messieurs, répond victorieusement à presque toutes les objections adressées à la théorie que nous défendons, et si, nous aussi, nous invoquons l'analogie, nous dirons qu'il prouve que l'inflammation d'une glande n'est pas toujours la conséquence forcée de la rétention de son produit de sécrétion, et que la salive peut dilater le canal de Warthon sans que la glande sous-maxillaire se tuméfie ou s'enflamme.

Sans doute, quand on lie le canal excréteur d'une des glandes salivaires sur un chien, le canal peut ne pas se dilater et l'on voit éclater presque toujours des accidents inflammatoires qui aboutissent à la formation d'abcès auxquels succèdent des fistules salivaires; mais si l'obstruction

s'établit peu à peu et d'une manière d'abord incomplète, elle peut entraîner une dilatation indolente du conduit.

Les tumeurs lacrymales qu'a décrites Jarjavay et qui sont formées par la dilatation des conduits excréteurs des larmes, à la suite d'une atrésie cicatricielle de leur orifice, nous prouvent bien qu'on ne peut pas assimiler absolument les résultats d'une expérience de laboratoire aux effets produits par la rétraction d'une cicatrice qui n'obstrue que graduellement les canaux englobés dans son tissu.

Ainsi, Messieurs, l'absence de douleurs et de tuméfaction de la glande sous-maxillaire ne suffira pas pour nous faire rejeter l'idée d'une grenouillette du canal de Warthon, et pour m'appuyer sur un fait et non pas seulement sur l'analogie, je vous rapporterai l'observation suivante, empruntée aux *Bulletins de l'Académie de médecine* et publiée par M. Peyron en 1843 :

« Un homme de vingt-deux ans, d'une constitution robuste, portait devant le frein de la langue une tumeur considérable avec saillie très-prononcée sous la région maxillaire. Cette tumeur *datait de deux ans*, s'était manifestée sans cause appréciable et avait résisté jusqu'alors à tous les moyens que le malade avait employés pour s'en délivrer. La mastication et la prononciation étaient devenues difficiles peu à peu, et la tumeur d'abord indolente était le siége d'assez vives douleurs ; c'était une grenouillette parvenue à un très-grand développement. M. Peyron excisa une partie de la tumeur et par là donna issue tout à la fois à une masse de salive et à un petit calcul. Celui-ci analysé par M. le Dr Favre, préparateur de M. Peligot, s'est montré formé de phosphate de chaux et d'une matière animale, c'est-à-dire qu'il offre la composition habituelle de ces sortes de concrétions. »

Cette observation renferme plusieurs lacunes regrettables; je voudrais connaître exactement le volume de la tumeur et savoir si c'était elle qui faisait saillie dans la région sus-hyoïdienne, ou la glande sous-maxillaire tuméfiée; enfin on aurait dû s'assurer si le conduit de Warthon était oblitéré; néanmoins il me paraît évident que la tumeur était une grenouillette *classique* par ses caractères extérieurs, et cependant développée aux dépens du canal de Warthon. Nous savons en effet que les grenouillettes communes font souvent, comme chez le malade qui est couché dans notre service, une saillie notable au-dessous du maxillaire inférieur, et rien ne nous fait supposer que cette saillie fût la glande sous-maxillaire tuméfiée ou enflammée. La présence d'un calcul véritable au sein du liquide nous décide à considérer la tumeur comme une dilatation du conduit de Warthon.

Je m'étonne que ce fait soit passé inaperçu et n'ait pas attiré l'attention des chirurgiens qui, comme M. Forget, ont défendu avant nous la théorie de Munnicks, car il est remarquable sous plus d'un rapport. Si nous l'interprétons bien, il prouve que, contrairement à ce qui a été avancé par quelques auteurs, le canal de Warthon peut se laisser dilater au point de former une tumeur *considérable*, et qu'une tumeur calculeuse qui, par son aspect et sa marche, mérite vraiment le nom de *grenouillette*, peut débuter sourdement sans retentir sur la glande sous-maxillaire, et rester indolente, à l'état chronique pendant deux ans, sans présenter les symptômes des grenouillettes calculeuses ordinaires dont je vous ai cité des exemples.

Les auteurs qui n'admettent pas, Messieurs, qu'on puisse ranger parmi les grenouillettes les dilatations du conduit de Warthon, ont fait valoir en faveur de leur opinion

que le contenu des kystes sublinguaux est trop épais et trop visqueux pour pouvoir être de la salive, qu'il renferme une trop forte proportion d'albumine, et enfin qu'on n'y trouve point trace de sulfocyanure de potassium. Pour moi, ces objections n'ont pas grande valeur. On sait aujourd'hui que la salive de la glande sous-maxillaire est très-visqueuse, et, dans certains cas de dilatation du conduit de Warthon, il existe du sulfo-cyanure de potassium dans le liquide kystique; je ne veux vous citer comme exemple que la malade du n° 1.

Enfin, Messieurs, devons-nous nous étonner qu'un produit de sécrétion retenu dans un conduit dilaté subisse à la longue des modifications assez profondes pour être absolument méconnaissable? Comme l'a bien indiqué Cruveilhier, « les produits de sécrétion retenus refluent du réservoir et du conduit principal dans les conduits du deuxième et du troisième ordre et finalement dans les radicules. L'organe sécréteur comprimé ne peut plus remplir ses fonctions et son atrophie plus ou moins complète peut être la conséquence de cette compression. »

Ces principes de physiologie, si bien formulés par Cruveilhier, vous permettent de prévoir que dans les grenouillettes anciennes du canal de Warthon, vous ne devez pas vous attendre à recueillir un liquide en tout semblable à la salive. La glande ne fonctionnant plus, ou fonctionnant mal, et le conduit se comportant comme les parois de tous les kystes, le contenu de la grenouillette peut différer profondément de la salive normale.

Pourquoi, ont dit certains auteurs, la guérison succède-t-elle aux injections iodées faites dans les grenouillettes, ou à l'excision d'une portion de leurs parois? si la tumeur siégeait dans le canal de Warthon, l'écoulement de la salive

devrait empêcher toute oblitération du kyste et entretenir un trajet fistuleux. La réponse, Messieurs, me paraît bien simple; la plupart des grenouillettes étant des grenouillettes ordinaires ou sublinguales, la guérison survient presque toujours sans fistule. Dans quelques cas, cependant, lorsque la tumeur est formée aux dépens du conduit de Warthon, la salive reprend son cours ou une fistule s'établit, ce qui constitue une terminaison des plus heureuses puisque le trajet s'ouvre dans la cavité buccale. Si l'on admet avec nous que le conduit de Warthon dilaté puisse former une tumeur méritant le nom de grenouillette, rien n'est plus facile à concevoir que ce mode de guérison dont je puis vous citer ici deux exemples.

« Il y a environ quatre ans, écrit Louis, qu'un cavalier du guet, jeune et bien portant, vint me consulter pour une tumeur qui lui gênait les mouvements de la langue et nuisait notablement à toutes les fonctions que celle-ci devait exécuter. Une sinuosité qui partageait cette tumeur en partie droite et en partie gauche me fit soupçonner qu'elle était formée par deux sacs adossés; il y avait, à la partie antérieure de chaque côté et sur la même ligne, une espèce d'aphthe; c'était l'orifice salivaire un peu dilaté et bouché par une matière visqueuse, car ayant introduit sans peine dans ces points un petit stylet boutonné, je pénétrai dans le double foyer de la tumeur, et il en sortit une matière salivaire épaissie en forme de glaire d'œuf; l'action de la langue l'exprimait alors avec moins d'effet que la pression faite avec le doigt. Je mis un petit stylet de plomb dans chaque orifice. Au bout de deux jours le malade, si l'on peut appeler de ce nom celui qui portait ces tumeurs sublinguales, vint me voir; je vidai de nouveau les sacs tuméfiés, et je mis dans chaque orifice un fil de plomb plus gros

que le premier. Je recommandai à ce cavalier de vider les tumeurs tous les matins, après avoir ôté le plomb, et de le remettre ensuite. Au bout de quinze jours, les orifices furent, par leur dilatation continue, à l'abri du resserrement; la salive n'a plus été retenue et les grenouillettes ne se sont pas reproduites. »

Malgré l'absence de détails sur le volume des tumeurs, sur leur aspect, sur leur mode de développement, etc., ce fait me semble un bel exemple de grenouillettes du conduit de Warthon, *indolentes* et chroniques, c'est-à-dire non intermittentes, et il nous prouve que cette variété de kyste salivaire n'est pas toujours accompagnée de symptômes inflammatoires et de tuméfaction de la glande sous-maxillaire; on ne peut se refuser à voir là une forme de grenouillette à classer à côté des grenouillettes calculeuses aiguës, subaiguës et chroniques dont je crois vous avoir indiqué les principaux caractères à l'aide d'observations concluantes. L'oblitération des conduits n'était pas produite par des concrétions lithiques et la guérison de la maladie a été obtenue par le rétablissement du cours de la salive.

Deux observations dont l'une appartient à M. Forget, l'autre à M. Richet, vous montreront qu'à la suite des tentatives qui ont pour but d'oblitérer des kystes développés aux dépens du canal de Warthon, on peut voir se former des fistules salivaires comme je vous l'ai annoncé il n'y a qu'un instant.

« Un homme de soixante-huit ans porte depuis dix mois sous la langue une tumeur qui ne le gêne que depuis quatre mois. Cette tumeur est allongée, parallèle à l'axe du corps de la mâchoire, elle a la forme d'une grosse sangsue gorgée de sang; en avant elle porte à son extrémité la frange de

tissu muqueux au sommet de laquelle s'ouvre normalement le conduit de Warthon; cette partie est ulcérée et enflammée; en arrière, son extrémité dépasse la branche de la mâchoire.

» La glande sous-maxillaire est repoussée en bas et en arrière, on la sent sous la peau au-dessous de la base de l'os maxillaire; elle est un peu tuméfiée et un peu douloureuse à la pression; le malade affirme que longtemps avant d'avoir remarqué la présence de la tumeur, il ressentait de la douleur au niveau du point ulcéré que j'ai signalé; souvent, dit-il, en mangeant il écorchait ce point sensible.

» Incision du kyste, excision des deux lèvres de la plaie; cautérisation au nitrate d'argent du fond de la poche. On renouvelle cette cautérisation quatre ou cinq fois pendant une dizaine de jours, la cicatrisation se fait dans toute l'étendue du kyste, sauf à la partie la plus reculée où entre deux replis muqueux subsiste un pertuis duquel on voit suinter un liquide clair, transparent, tout à fait analogue à la salive. Vainement on cautérise énergiquement le point dont il s'agit, la cicatrisation ne se fait pas et aujourd'hui, un mois après l'opération, la fistule persiste.

» Un stylet introduit par elle pénètre à 3 millimètres de profondeur au contact de la glande sous-maxillaire qui a repris son volume et sa place habituelle; le cathétérisme par le canal de Warthon ne conduit pas au delà de 8 millimètres et s'arrête sur le tissu de la cicatrice. »

Cette observation a été rapportée en 1852 par M. Forget dans son mémoire; voici un résumé de celle qui appartient à M. Richet et qui présente avec la précédente une grande analogie :

« Le 3 novembre 1847, M. B..., âgé de vingt-deux ans,

fut pris tout à coup en mangeant d'une douleur très-vive dans la région maxillaire gauche. Appelé immédiatement auprès du malade, je constatai, dit M. Richet, un gonflement douloureux de cette région, non accompagné d'empâtement.

» J'aperçus sous la langue, au niveau de la deuxième et de la troisième dent molaire, une tumeur arrondie de la grosseur d'une *petite noix*. Cette tumeur *comme transparente* semblait contenir un liquide clair.

» Interrogé sur l'époque à laquelle cette tumeur avait paru, M. B... dit qu'il ne s'en était jamais aperçu. La parole était alors singulièrement gênée, soit que cette gêne fût le résultat de la douleur, soit qu'elle fût due à la présence de la tumeur.

» D'après les renseignements fournis par le malade et surtout d'après les caractères de la tumeur, M. Richet pensa qu'il avait affaire à une oblitération du conduit de Warthon et à une rétention de salive. L'exploration attentive de la frange muqueuse où le conduit vient s'ouvrir ne fit rien voir de particulier; le cathétérisme toutefois ne put être fait.

» Le lendemain les accidents se sont aggravés et la tumeur est plus volumineuse; M. Richet y pratique une ponction; il s'en écoule un liquide visqueux non purulent; une mèche est introduite dans le foyer et est renouvelée les jours suivants. Le malade dit que cette mèche est très-facilement emportée par l'écoulement du liquide. M. B... apprend à se panser lui-même; au bout de deux mois la fistule salivaire est complétement fermée. Le gonflement de la région sous-maxillaire avait cessé d'exister longtemps auparavant.

» Un an se passa et M. B... se croyait bien à l'abri d'un

nouvel accident semblable à celui qu'il avait éprouvé, lorsque tout à coup et de la même manière il fut pris, le 15 novembre 1848, de douleurs et de gonflement dans la région maxillaire. Cette fois les choses allèrent si loin que le malade craignit d'étouffer. La langue était refoulée à droite et en arrière, et la tumeur sublinguale acquit en peu de temps un volume considérable. M. Richet pratiqua immédiatement une ponction qui donna issue à un liquide séro-sanguin ; pendant plusieurs jours l'écoulement persista, mais bientôt la cicatrisation de la petite plaie résultant de cette opération le fit cesser.

» La tumeur ne tarda pas alors à se reproduire. M. Richet, dans le but d'en obtenir la guérison radicale, eut recours au procédé stomatoplastique imaginé par Jobert (de Lamballe).

» En épongeant le fond du kyste, ainsi largement ouvert, dit M. Richet, nous pouvions voir sourdre à sa surface une nouvelle quantité de liquide. Un stylet introduit par le point d'où sortait le liquide parcourut le conduit de Warthon jusqu'à la glande sous-maxillaire ; ce conduit se continuait bien avec le fond du kyste lui-même. »

Les suites de cette opération furent très-heureuses. Au bout de dix jours, la cicatrisation était achevée. Il subsistait au centre du lieu sur lequel avait porté l'autoplastie un petit orifice permanent par lequel la salive coulait librement dans la bouche. Pendant deux ans M. Richet ne perdit pas de vue son opéré, et jamais l'ouverture artificielle ne cessa de fonctionner.

Au mois de janvier 1850, M. Richet fit l'autopsie de M. B... qui avait succombé à une autre maladie, et voici ce qu'il constata :

« Le cathétérisme du conduit de Warthon essayé d'ar-

rière en avant, c'est-à-dire en pénétrant dans sa cavité du côté de la glande sous-maxillaire, permet de reconnaître l'intégrité du canal jusqu'au point occupé par l'ouverture artificielle pratiquée pendant la vie : le stylet ressort par cette ouverture qui est située à 2 centimètres environ en arrière du lieu où se voit d'ordinaire l'orifice normal sur les côtés du frein.

» Cette ouverture artificielle, située en regard de la première et de la seconde dent molaire, est arrondie, à bords lisses, répond à une sorte d'enfoncement de la membrane muqueuse; autour de cet orifice qu'on ne voit bien qu'après avoir soulevé un repli de la membrane muqueuse, cette membrane est épaissie d'une manière très-notable; cet épaississement, qui a lieu dans l'étendue d'un centimètre, est surtout marqué du côté de l'os maxillaire; la membrane muqueuse y est transformée en une plaque de tissu fibreux qui occupe une partie du sillon linguo-maxillaire, et c'est au centre de ce tissu inodulaire que l'on remarque l'orifice artificiel du conduit de Warthon. Quant à la partie antérieure de ce conduit, il a été impossible à M. Richet de la retrouver, elle était entièrement oblitérée.

» Rien d'anormal du côté droit; seulement on observe une légère inclinaison à gauche de l'orifice du conduit de Warthon correspondant; le frein suit la même direction, ce qui s'explique naturellement par le retrait qu'a éprouvé le tissu muqueux par suite de l'organisation de la cicatrice dans la région sublinguale du côté gauche. »

Ces faits ayant été bien constatés, M. Richet fendit le conduit dans toute sa longueur; il constata qu'il était rétréci à son orifice artificiel, tandis que dans tout le reste de son étendue il était considérablement dilaté; son tissu était lâche, extensible, un peu rougeâtre; cette coloration pou-

vait être un fait d'imbibition cadavérique et non d'injection.

Les deux glandes sous-maxillaires et sublinguales étaient plus développées que dans l'état habituel; cette hypertrophie avait été constatée pendant la vie. Il est bon de dire, pour expliquer cette disposition, que peu de temps avant la mort, M. B... avait été atteint de salivation mercurielle.

Ces deux faits, Messieurs, ainsi que ceux de Louis et de M. Peyron que je vous ai cités, me semblent établir d'une manière absolument démonstrative la réalité des grenouillettes formées par la dilatation du canal de Warthon. Cette dilatation du conduit excréteur de la glande sous-maxillaire ne saurait être contestée; mais peut-on nier que chez ces quatre malades il y ait eu tumeur proprement dite du plancher de la bouche? non, à coup sûr. Le mot *tumeur* est prononcé par Louis, M. Peyron nous parle d'une « tumeur considérable ». Dans l'observation de M. Forget, nous lisons que la tumeur est allongée et a la forme d'une grosse sangsue gorgée de sang; enfin dans celle de M. Richet, la tumeur est transparente et a la grosseur d'une petite noix.

On ne peut pas nous objecter que seules les grenouillettes classiques situées hors du canal de Warthon sont permanentes, car dans ces quatre faits, les tumeurs ne s'affaissaient pas dans l'intervalle des repas, pour se gonfler sous l'influence de la mastication et l'on ne pouvait pas les vider par la pression. Enfin, si chez le malade de M. Richet la glande sous-maxillaire était gonflée et douloureuse, ce gonflement n'est pas relaté dans l'observation de Louis. Dans le cas de M. Forget la tumeur est restée six mois sans donner lieu à aucun symptôme bien appréciable; il

existait seulement une certaine sensibilité au niveau de l'orifice du canal dilaté.

Vous pouvez remarquer que la persistance d'une fistule salivaire, après l'excision d'une partie des parois du kyste, se trouve notée dans deux des observations que nous avons rapportées. Au contraire, dans la plupart des cas, les grenouillettes ordinaires, traitées par la même méthode, guérissent sans fistules, parce que la tumeur n'est pas alors constituée par le canal excréteur d'une glande volumineuse.

Concluons donc, Messieurs, qu'*il peut exister de véritables tumeurs formées par la dilatation du canal de Warthon et qu'on doit leur imposer le nom de grenouillettes.*

Voici comment je comprends la classification des grenouillettes :

J'appellerai *fausses grenouillettes*, les *grenouillettes sanguines, hydatiques* et *dermoïdes*, et je leur opposerai les *vraies grenouillettes* ou *grenouillettes salivaires*. Je crois les grenouillettes dermoïdes toujours congénitales, comme le sont d'ailleurs tous les kystes dermoïdes; mais elles peuvent, comme je vous l'ai dit, rester à l'état latent pendant plusieurs années.

Les *grenouillettes salivaires* comprendront : 1° les *kystes développés aux dépens des glandules dont l'ensemble constitue la glande sublinguale, ou aux dépens de leur conduit; 2° les tumeurs formées par la dilatation du canal de Warthon.*

Je ne reviens pas sur la physionomie des grenouillettes sublinguales que je n'oppose pas ici aux grenouillettes sus-hyoïdiennes ou cervicales.

Quant aux grenouillettes du canal de Warthon, elles peu-

vent être congénitales, ainsi que le prouve l'observation de M. Guyon, mais elles succèdent le plus souvent à une oblitération accidentelle du conduit. Cette oblitération est parfois incomplète, et la tumeur n'est point permanente, c'est le cas le plus fréquent; parfois l'oblitération est absolue, et le volume de la grenouillette n'est pas alors susceptible de diminuer ou d'augmenter d'une façon intermittente.

En général ce sont des calculs qui obstruent la lumière du canal, mais l'orifice de celui-ci peut être bouché par un corps étranger, ou à la suite d'une excoriation on le voit se rétrécir et même s'oblitérer. Dans l'observation de M. Richet, la tumeur a débuté brusquement, et je serais tenté de croire à une obstruction du canal de Warthon par un corps étranger, bien que la présence de celui-ci n'ait pas été constatée; mais dans les cas de M. Forget et de M. Peyron, le début, au contraire, a été lent. Tantôt nous voyons survenir des symptômes inflammatoires du côté de la tumeur, et des accidents du côté de la glande sous-maxillaire, accidents dus à la rétention de la salive; tantôt, quoique rarement, la tumeur commence par être indolente et sans tuméfaction glandulaire; bref, vous voyez qu'on peut, d'après leur cause et leur marche, distinguer plusieurs variétés de grenouillettes du conduit de Warthon; les unes seront des *grenouillettes aiguës*, souvent mais non pas toujours *calculeuses;* les autres des *grenouillettes chroniques*, c'est-à-dire sans accidents inflammatoires dans les premiers temps et à début lent, comme les tumeurs décrites dans les observations de MM. Peyron et Forget. Ces grenouillettes chroniques sont toujours susceptibles de passer à l'état aigu, et c'est là leur mode habituel de terminaison; elles sont infiniment plus rares que les premières.

Je n'ai pas à revenir, Messieurs, sur les caractères propres aux grenouillettes du canal de Warthon, caractères qui nous permettent de les distinguer des grenouillettes sublinguales beaucoup plus fréquentes. Leur marche et leur forme sont en général différentes ; presque toujours il existe un peu de gonflement de la glande sous-maxillaire, et pour affirmer qu'on est en présence de cette variété, il faut constater soit l'oblitération du conduit, soit l'écoulement par son orifice du liquide contenu dans la tumeur, lorsque l'on exerce sur celle-ci une compression.

Chez le malade qui est couché au n° 10 et chez la femme du n° 9, les grenouillettes appartiennent à la variété la plus commune, ce sont des grenouillettes sublinguales qui pourraient servir de type aux descriptions classiques ; il nous a suffi de voir sourdre la salive par les orifices des canaux de Warthon, non à la suite de pressions exercées sur les tumeurs, mais spontanément, sous l'influence d'excitations réflexes de la sécrétion salivaire, pour être convaincus que les conduits de la glande sous-maxillaire n'étaient point le siége de la dilatation kystique.

La malade du n° 1, Messieurs, me semble au contraire avoir eu l'année dernière une grenouillette du canal de Warthon, grenouillette qui a récidivé et qui est aujourd'hui cervicale. Rappelez-vous en effet les renseignements que nous a fournis M. le docteur Thiaux, médecin aux Batignolles, qui avant moi avait formulé la même opinion : la malade, quand notre confrère la vit, avait sous la langue une petite tumeur molle qui aurait débuté, suivant elle, pendant le repas et sans douleur. Je vous ai dit ce que je pensais des grenouillettes à début brusque, le plus souvent je crois que la tumeur a été méconnue grâce à son indolence ; mais je ne conteste pas cependant que certains

kystes ne puissent se développer en un temps très-court. Si le début brusque est bien authentique, je suis tenté de le rapporter à l'oblitération du canal de Warthon par un corps étranger plutôt qu'à celle d'un des conduits de la glande sublinguale, et je me fonde pour justifier cette opinion sur les observations publiées. Dans le cas actuel, M. Thiaux nous affirme que l'orifice du conduit de Warthon paraissait avoir été le siége d'une inflammation récente et n'était plus perméable; cette assertion a la plus grande valeur, et ce qu'il faut ajouter c'est que le liquide évacué par la ponction avait absolument la transparence et la consistance de la salive. La seule objection qu'on puisse faire valoir contre notre hypothèse, c'est l'absence de gonflement de la glande sous-maxillaire et de douleurs produites par la rétention de la salive; mais nous avons vu que ces symptômes, quoique fréquemment observés, ne sont pas constants. M. Thiaux a encore remarqué qu'après l'excision d'une partie de la paroi du kyste et la cautérisation de sa surface interne, il put conduire le stylet jusque dans la région sus-hyoïdienne en traversant comme une cloison qui semblait diviser la tumeur en deux loges; ne pensez-vous pas comme moi que peut-être l'instrument était engagé dans le canal de Warthon présentant deux dilatations séparées par un rétrécissement? Bref, me crois autorisé à accepter l'opinion de M. Thiaux et à considérer la tumeur primitive comme une grenouillette du canal de Warthon. Celle-ci faisait une saillie du volume d'un œuf de poule au-dessous du maxillaire inférieur lorsqu'une injection iodée fit suppurer sa cavité et fut suivie d'une guérison complète, du moins en apparence.

Actuellement il n'y a plus trace de tumeur du plancher de la bouche, et la grenouillette, d'abord située sous la

langue, puis proéminente au-dessous de la mâchoire, est aujourd'hui exclusivement sus-hyoïdienne. L'orifice du conduit de Warthon est oblitéré.

Cette récidive des grenouillettes dans la région cervicale n'est pas rare, et je vous citerai une observation qui appartient à Jobert, afin de la rapprocher de la nôtre avec laquelle elle présente une très-grande analogie.

« Le nommé Humbert, âgé de quarante-sept ans, entre le 5 novembre 1852 dans le service de Jobert (de Lamballe).

» Le malade raconte qu'il y a dix-huit mois, il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur sous la langue. Cette tumeur s'accrut insensiblement, sans causer de douleur, et au bout d'un an, elle fut assez volumineuse et assez gênante pour que le malade se décidât à se faire opérer; elle faisait alors une légère saillie à la région sus-hyoïdienne.

» Une simple ponction avait été faite déjà par un médecin, et avait donné issue à un liquide filant et glaireux. Cette opération fut pratiquée à l'hôpital Beaujon, il y a six mois.

» État actuel : La tumeur a reparu, mais, au lieu de faire saillie sous la langue, elle proémine presque uniquement à la région sus-hyoïdienne où elle forme une tumeur molle, fluctuante, du volume d'un œuf de poule, régulière, plus saillante à gauche qu'à droite; elle est indolente et ne cause aucun trouble fonctionnel.

» Au-dessous de la langue, on voit que le plancher buccal est tendu, résistant et comme formé par un tissu de cicatrice; il est peu saillant, excepté à gauche où l'on voit une petite tumeur, de la grosseur d'une aveline, recouverte d'une muqueuse moins épaisse, un peu inégale et rugueuse. La pression exercée sur la tumeur, à la région

sus-hyoïdienne, ne la refoule que médiocrement vers l'intérieur de la bouche.

» Le 12 novembre, M. Jobert pratique la ponction de a tumeur à son centre; il sort environ 120 grammes d'un liquide rougeâtre, visqueux, ayant l'aspect et la consistance du blanc d'œuf. Après avoir vidé la tumeur, M. Jobert la remplit avec de la teinture d'iode et la vide de nouveau presque immédiatement.

» Les jours suivants, il se développe un gonflement plus considérable qu'avant l'opération, sans douleur.

» Le 2 décembre, la tumeur a diminué considérablement, et la résorption du liquide contenu a été tellement active qu'il ne reste plus qu'une petite tumeur molle, du volume d'une noix, à la région sus-hyoïdienne.

» La tumeur avait encore diminué, lorsque le 7, le malade voulut sortir de l'Hôtel-Dieu. »

Il n'est pas nécessaire de vous faire remarquer, Messieurs, combien ce fait ressemble au nôtre; nous trouvons même signalé dans l'observation qu'il existait au niveau du plancher buccal une induration cicatricielle, induration qui est si prononcée chez la malade du n° 1. Je regrette seulement que Jobert n'ait pas indiqué si le canal de Warthon était oui ou non oblitéré. La grenouillette primitive appartenait-elle à la variété commune? La chose est probable. Jobert admettait que la grenouillette est tantôt un kyste tantôt une tumeur salivaire.

Les grenouillettes sus-hyoïdiennes et purement sus-hyoïdiennes, ne faisant pas saillie au niveau du plancher de la bouche, ne surviennent qu'après la guérison d'une grenouillette buccale ; s'il en était autrement elles ne mériteraient aucunement le nom de *grenouillettes* et rentreraient dans les kystes du cou. Cette récidive de la

maladie s'explique par la dilatation kystique secondaire d'une des glandules sublinguales primitivement en communication avec la poche principale oblitérée; chez la malade du n° 1, si notre diagnostic de grenouillette du canal de Warthon est juste, la tumeur est formée aux dépens de la glande sous-maxillaire. L'oblitération de l'orifice du conduit ne suffirait pas pour prouver la justesse de notre diagnostic, car elle pourrait avoir succédé à la formation de la cicatrice résultant de l'excision et de la suppuration d'une grenouillette sublinguale ordinaire, mais en tous cas ce fait nous prouve que la rétention de la salive ne s'accompagne pas toujours d'accidents aigus du côté de la glande sous- maxillaire, lorsque l'oblitération du conduit excréteur n'est pas brusque et instantanée.

Un mot maintenant, Messieurs, des opérations que nous allons pratiquer et du mode de traitement applicable aux grenouillettes. Je vous dirai simplement à propos des fausses grenouillettes que les *grenouillettes sanguines* étant de véritables tumeurs érectiles, le mieux est d'y faire des injections de perchlorure de fer à l'aide de la seringue de Pravaz, et que les *kystes dermoïdes* ou *hydatiques* doivent être incisés largement; on excise ensuite la plus grande partie de leur paroi et l'on fait suppurer leur cavité jusqu'à ce qu'elle soit oblitérée.

Quant aux grenouillettes vraies, en laissant de côté la variété sus-hyoïdienne, il y a lieu, au point de vue du traitement, d'établir une distinction entre les grenouillettes sublinguales ou communes et celles du canal de Warthon. Pour guérir un malade atteint d'une grenouillette commune il ne suffit pas d'évacuer le liquide contenu dans le kyste ou d'inciser celui-ci. Après une *ponction* le liquide se reproduit ainsi qu'après l'*incision* des parois, car, dans

ce dernier cas, la plaie se cicatrise promptement. Ambroise Paré ouvrait les grenouillettes avec le cautère actuel pour empêcher cette cicatrisation; Sabatier maintenait la plaie béante en interposant entre ses lèvres une sonde, une tente de charpie, une canule. Dupuytren imagina une canule en forme de bouton de chemise, avec laquelle il obtint des succès. On peut rapprocher de ces procédés l'emploi du séton préconisé par Laugier. En somme, toutes ces méthodes tendaient à entretenir une ou plusieurs ouvertures fistuleuses et à faire suppurer le kyste.

Plus tard on fit dans la tumeur des *injections* soit de vin, soit d'alcool, soit de teinture d'iode et l'on traita la grenouillette comme l'hydrocèle. Cette méthode était logique et donna de bons résultats, mais je lui préfère l'*excision* de la partie saillante du kyste, opération qui me semble moins exposer les malades à une récidive; l'extirpation totale de la tumeur serait difficile, dangereuse et ne doit pas être tentée. Jobert (de Lamballe), préoccupé de la facilité avec laquelle les bords de la plaie se réunissent, même après une excision assez largement faite, imagina une opération qu'il décora du nom bizarre de *batrachiosoplastie*. Elle consiste à inciser d'abord transversalement la muqueuse qui, vous le savez, glisse facilement à la surface de la tumeur et à reséquer une portion des lambeaux; puis on incise également la paroi antérieure du kyste et on renverse en dehors les lèvres de la plaie qu'on suture avec les lambeaux de la muqueuse. Cette opération longue, délicate, et qui ne réussit que rarement, est aujourd'hui abandonnée.

Chez la malade du n° 9, voici comment je procédérai : je soulèverai la tumeur avec une érigne, et je retrancherai à l'aide de ciseaux courbes toute la portion saillante au-

dessus du niveau du plancher de la bouche; je remplirai ensuite la cavité du kyste largement ouvert avec de la charpie imbibée de perchlorure, et je provoquerai ainsi une suppuration qui modifiera sa surface; peu à peu cette cavité se comblera par la formation de bourgeons charnus. Le pansement devra être renouvelé assez fréquemment, et des injections d'eau alcoolisée faites fréquemment dans la cavité du kyste hâteront son oblitération.

J'espère que l'excision ne sera pas suivie d'hémorrhagie, mais cependant nous pouvons avoir à arrêter un écoulement sanguin assez abondant. A l'hôpital Saint-Antoine, à la suite d'une opération semblable à celle que je vais pratiquer ici, j'ai vu survenir une hémorrhagie qui a du reste cédé promptement à des injections d'eau froide, mais qui s'est renouvelée dans la soirée; un tamponnement fait avec des rondelles d'amadou imbibées d'une solution de perchlorure de fer, a suffi pour arrêter le sang; la guérison a été radicale.

Chez la malade du n° 1 j'imiterai la conduite de Jobert dans le cas que je vous ai cité, c'est-à-dire que je traiterai la grenouillette sus-hyoïdienne comme une hydrocèle, par l'injection iodée; j'aurai soin seulement de suivre le conseil donné par Denonvilliers à propos des injections vineuses qu'il préférait pour le traitement de la grenouillette aux injections iodées; je laverai une ou deux fois le kyste avec de l'eau tiède avant de le remplir de teinture d'iode, afin que le liquide visqueux qu'il contient ne forme point une sorte de vernis protecteur adhérant à sa surface interne qui doit être modifiée par l'injection.

J'espère ne pas voir survenir de récidive, mais celle-ci est possible, et si une seule injection iodée était inefficace, je n'hésiterais pas à en pratiquer une seconde. Dans le cas

où celle-ci ne réussirait pas mieux que la première, je passerais alors un séton dans la tumeur afin de la faire suppurer et de provoquer son oblitération, sans que la guérison soit achetée au prix d'une cicatrice difforme qui succéderait à coup sûr à l'excision d'une partie de la poche ou à une plaie qu'on maintiendrait béante à l'aide d'une canule ou d'une mèche.

Le traitement des grenouillettes du canal de Warthon diffère beaucoup, Messieurs, de celui des kystes formés aux dépens de la glande sublinguale. En effet, au lieu de chercher à obtenir une oblitération totale de la poche, il faut rétablir le cours de la salive, et si l'on y réussit, la grenouillette disparaît. C'est ainsi que Louis a fait la dilatation de l'orifice du canal de Warthon à l'aide de fils de plomb, et que M. Jarjavay, dans un cas de grenouillette intermittente et incomplète entretenue par un calcul, a enlevé la concrétion et guéri la malade. La persistance d'une fistule après l'excision d'une partie de la tumeur, comme dans le cas de M. Forget et dans celui de M. Richet, n'a bien entendu que des avantages. Quant aux accidents inflammatoires qui peuvent survenir du côté du canal de Warthon ou de la glande sous-maxillaire, ils doivent être combattus à l'aide des gargarismes et des antiphlogistiques.

Je n'insiste pas davantage, Messieurs, sur le traitement des grenouillettes du canal de Warthon, car celles-ci sont rares, mais je tenais dans cette leçon à vous faire un exposé à peu près complet quoique succinct de mes idées sur les différentes variétés de tumeurs qu'il faut, suivant moi, désigner sous le nom générique de *grenouillettes*.

Fin de l'observation de la malade du n° 9. (Grenouillette sublinguale.)

L'opération fut pratiquée comme M. Labbé l'avait annoncé dans sa clinique; la moitié antérieure du kyste fut excisée et la cavité fut tamponnée avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. On ne peut donner le nom d'hémorrhagie au léger écoulement de sang qui succéda à l'excision. La surface interne du kyste était blanche, sillonnée par quelques vaisseaux capillaires très-fins, elle présentait tout à fait l'aspect de la tunique albuginée du testicule. Les parois de la poche étaient très-minces et tapissées par des cellules d'épithélium pavimenteux, ainsi que l'a démontré l'examen fait par M. Legros. Les jours suivants on renouvela le pansement deux fois par jour. On enlevait la charpie et on la remplaçait par un bourdonnet sec, après avoir fait dans ce qui restait de la poche une injection d'eau alcoolisée. La malade n'eut pas la moindre réaction fébrile pendant toute la durée du traitement; elle put manger promptement des aliments demi-solides.

La cavité du kyste suppura et se combla peu à peu par la formation de bourgeons charnus qu'on cautérisa de temps en temps. La malade quitta l'hôpital en pleine voie de guérison, quinze jours environ après l'opération.

Fin de l'observation du malade du n° 10. (Grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne tout à la fois.)

Le malade quitta le service de M. Labbé avant que celui-ci ait ponctionné la tumeur, pour entrer dans les salles de M. Gosselin à la Charité. Là, une ponction faite dans le

kyste sublingual avec la seringue aspiratrice de M. Dieulafoy, donna issue à 200 grammes d'un liquide visqueux et filant. A la suite de cette ponction la grenouillette s'affaissa et la tumeur sus-hyoïdienne disparut. Il n'existait donc, ainsi que M. Labbé l'avait pensé, qu'un seul kyste biloculaire en apparence au niveau du plancher de la bouche et saillant au-dessous de la mâchoire inférieure dans la région cervicale. Le liquide ne tarda pas à se reproduire, et au bout d'un mois une nouvelle opération devint nécessaire.

M. Gosselin ponctionna la tumeur avec un gros trocart, et après l'évacuation du liquide il fit dans la poche une injection de vin chauffé à une température assez élevée.

En février 1872, le malade entra dans le service de M. Labbé à l'hôpital de la Pitié. Le liquide s'était reproduit en partie, mais la poche avait subi les modifications suivantes : La tumeur qui existait autrefois sur le plancher buccal et qui communiquait avec la tumeur sus-hyoïdienne avait disparu, mais la grenouillette sus-hyoïdienne était en revanche plus volumineuse qu'auparavant. Elle faisait sur la ligne médiane une saillie de la grosseur du poing.

Ponction et injection de vin chaud.

Le malade sort sur sa demande onze jours après. La tumeur ne formait plus qu'une saillie à peine appréciable.

Le malade rentre de nouveau dans le service le 2 mai 1872 pour se faire ouvrir un abcès de la marge de l'anus.

Le liquide de la grenouillette s'est encore reproduit, et la poche a exactement les mêmes dimensions que celles qu'on a constatées au mois de février. Le 23 mai, ponction de la tumeur avec un gros trocart et issue de deux cuillerées à bouche environ d'un liquide gélatineux, très-épais, tout à fait comparable à de la gelée de coing. Ce n'est qu'à

grand'peine, au moyen de fortes pressions exercées sur les parois de la poche et après des injections d'eau tiède, que ce liquide peut s'écouler. La ponction est suivie encore une fois d'une injection de vin de Bordeaux chauffé à une température élevée, et le liquide est laissé dix minutes en contact avec les parois de la cavité.

Le lendemain et les jours suivants, on constate de la rougeur et du gonflement dans toute la région sus-hyoïdienne ainsi qu'une légère réaction fébrile.

Le 1er juin, le gonflement diminue. La tumeur n'a plus que le volume d'un œuf de poule. Elle est dure, tendue, un peu douloureuse seulement à la pression.

Le 15 juin, guérison en apparence complète. Le malade sort le 16.

Il rentre de nouveau dans le service le 9 septembre 1872.

La grenouillette, moins volumineuse que par le passé, avait acquis cependant un volume assez considérable. Très-proéminente dans toute la région sus-hyoïdienne, elle faisait une très-légère saillie au plancher de la bouche.

Quelques jours après l'entrée du malade, on ponctionne la tumeur avec un gros trocart; il en sort un liquide gélatineux à peu près semblable à celui qu'on avait extrait par les ponctions précédentes. Injection de vin chaud.

Les jours suivants on constate une inflammation très-violente dans toute la région sus-hyoïdienne, inflammation qui disparaît progressivement. Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, le 28 septembre 1872, la grenouillette n'avait pas encore disparu en totalité.

Fin de l'observation de la malade du n° 1. (Grenouillet sus-hyoïdienne.)

Ponction avec le trocart à hydrocèle dans la partie centrale de la tumeur qu'on fait saillir en avant; il ne s'écoule pas une goutte de liquide. M. Labbé pense que la pointe de l'instrument a repoussé la paroi du kyste, en la décollant sans la perforer.

Ponction plus bas avec un trocart assez fin de l'aspirateur de M. Dieulafoy. Le trocart glisse entre la tumeur et la peau; on le retire et l'on applique sur les piqûres de la baudruche collodionnée.

Encore plus bas, nouvelle ponction avec le même instrument dirigé dans la direction du maxillaire inférieur, c'est-à-dire directement en haut et enfoncé profondément. On aspire 60 à 70 grammes d'un liquide filant et visqueux comme de la salive, jaune comme de l'huile. On fait dans la poche trois injections successives d'eau tiède jusqu'à ce que le liquide sorte parfaitement clair. Le kyste est alors complétement vide et flasque. Injection de teinture d'iode coupée avec un tiers de son volume d'eau. La solution est laissée cinq minutes dans la cavité; la malade ne ressent que quelques légères douleurs. La poche entièrement vidée, on applique sur la piqûre un carré de baudruche enduite de collodion.

Le soir, quelques douleurs au niveau de la région sus-hyoïdienne; la malade ne peut ouvrir largement la bouche ni avaler quoi que ce soit, mais pas de réaction fébrile.

Le lendemain matin nous apprenons que la nuit a été mauvaise; la malade très-agitée n'a pas dormi. La poche n'est pas tendue, mais elle a repris le volume qu'elle avait

avant l'opération; la peau est un peu rouge (cataplasmes, pilules d'extrait thébaïque). La malade ouvre à peine la bouche et ne peut rien avaler; elle n'accuse aucune saveur particulière.

Le surlendemain, la tumeur est moins douloureuse, mais la malade est toujours dans l'impossibilité d'avaler la moindre quantité de liquide. Le fond de la gorge paraît rouge, la luette est un peu œdématiée; l'amygdale gauche est plus volumineuse que la droite.

Le quatrième jour, amélioration notable. La malade peut manger quelques aliments demi-solides; elle sort le cinquième jour en assez bon état; la tumeur est encore volumineuse, mais tout symptôme inflammatoire a disparu.

Quinze jours plus tard, la malade revient nous voir à la consultation; la tumeur a diminué de moitié, elle est devenue pâteuse, à peine fluctuante. La malade ouvre bien la bouche et mange sans difficulté. Les mouvements du cou sont encore un peu gênés.

Un mois environ après l'opération, nous revoyons la malade; à peine existe-t-il un léger gonflement du cou du côté gauche; il n'y a plus trace de tumeur liquide, mais il reste au-dessous du maxillaire un assez large noyau d'induration.

DIX-HUITIÈME LEÇON

TUMEURS ÉRECTILES

Classification des tumeurs érectiles. — Tumeurs érectiles artérielles et veineuses. — Nævi. — Anévrysmes cirsoïdes.

Messieurs,

Il va nous être amené tout à l'heure dans cet amphithéâtre une petite fille âgée de quatre mois qui porte à la lèvre supérieure, à droite du raphé médian, une tumeur érectile; cette enfant avait à cette même place en venant au monde une simple tache rouge qui peu à peu devint saillante à la surface du derme, et qui constitue aujourd'hui une tumeur du volume d'une petite cerise, mais dont la base se continue avec la peau de la lèvre, sans présenter aucune trace de rétrécissement. La tumeur n'est donc pas pédiculée, mais sessile; elle est rose et n'offre point ce ton violacé qui appartient souvent à ce qu'on appelle vulgairement : taches de vin. A la pression elle donne aux doigts une sensation d'élasticité bien nette et ne diminue pas de volume, elle est irréductible; lorsque l'enfant crie, elle se tend légèrement, mais ce gonflement est à peine appréciable. Cette tumeur est à la fois muqueuse et cutanée, c'est-à-dire qu'elle occupe le point où la peau s'unit à la muqueuse, et si nous la supposions enlevée par le bistouri au moyen d'une incision ne dépassant pas ses limites su-

périeures, la peau présenterait une petite encoche après l'opération.

Il s'agit là, Messieurs, d'une de ces tumeurs que vous connaissez tous sous le nom de *tumeurs érectiles*, mais dont il est très-difficile de donner une bonne classification; je n'en veux pour preuve que le nombre des divisions proposées par les différents auteurs qui se sont occupés de nosologie. Il y a peu de chirurgiens qui n'aient tenté de définir les principales variétés de tumeurs érectiles, et je ne viendrai pas vous proposer une classification nouvelle; l'obscurité seule du sujet m'engage à tenter de vous résumer clairement et en peu de mots l'état actuel de nos connaissances sur ce point de pathologie si longuement discuté.

Le système vasculaire, depuis les plus gros troncs artériels et veineux, depuis l'aorte et la veine cave supérieure jusqu'aux plus fines ramifications, est susceptible de présenter sur un point quelconque plus ou moins nettement limité une dilatation d'un volume variable; les différences de structure qui existent entre les artères et les veines nous expliquent pourquoi ces dilatations affectent en général une forme distincte dans chacun de ces deux ordres de vaisseaux. Les dilatations artérielles sont le plus fréquemment circonscrites; celles des veines sont plutôt diffuses, c'est-à-dire étendues à une zone vasculaire assez vaste et leurs limites dépendent de dispositions anatomiques particulières; aux premières on donne le nom d'*anévrysmes*, aux secondes celui de *varices*.

Scarpa, vous le savez, Messieurs, a insisté pour qu'on ne considérat comme anévrysmes que les dilatations artérielles s'accompagnant d'une rupture de la tunique moyenne du vaisseau, n'admettant pas qu'on puisse regarder

comme une tumeur anévrysmale une dilatation artérielle, quelque bien circonscrite qu'elle soit quand les parois vasculaires sont intactes. Si ces idées avaient prévalu, bien des confusions de langage eussent été évitées, mais on persiste à ranger parmi les anévrysmes les simples dilatations artérielles, non-seulement lorsqu'elles sont bien limitées, mais alors même qu'elles s'étendent à toute la longueur d'un tronc et à ses rameaux; c'est ainsi que Breschet créa la dénomination d'anévrysme cirsoïde, expression absolument impropre, car ces anévrysmes cirsoïdes qui forment souvent tumeur, il est vrai, ont beaucoup plus d'analogie avec les varices des veines qu'avec les anévrysmes tels qu'on les rencontre le plus souvent.

Beaucoup d'entre vous, j'en suis certain, se sont demandé en quoi les anévrysmes cirsoïdes diffèrent des tumeurs érectiles artérielles. Or, sachez-le bien, sous ce titre d'*anévrysmes cirsoïdes* se cachent à la fois et de véritables tumeurs érectiles artérielles et des varices artérielles. Les questions de terminologie ne sont pas sans importance, car la confusion des mots entraîne souvent la confusion des idées, et parfois l'une n'est que la conséquence de l'autre. Ce qui a contribué beaucoup à causer cette obscurité du langage, c'est la délimitation arbitraire du calibre des vaisseaux atteints; en présence d'une dilatation d'un réseau vasculaire, sont-ce des rameaux, des ramuscules ou des capillaires proprement dits qui sont le siége de l'ectasie? Le fait même de la dilatation des vaisseaux rend la question bien difficile à trancher; aussi les uns rangeront-ils parmi les anévrysmes cirsoïdes des tumeurs que d'autres décriront comme érectiles. Nous voudrions voir disparaître ces mots d'anévrysmes par anastomoses, d'anévrysmes cirsoïdes et même de tumeurs cirsoïdes artérielles, pour n'en conserver

qu'un seul : *tumeur érectile artérielle*, si la tumeur présente certains caractères sur lesquels j'insisterai tout à l'heure ; si ces caractères manquent, la tumeur n'est plus qu'un amas d'artères plus ou moins volumineuses et dilatées, c'est-à-dire un paquet de *varices artérielles* en tout comparables aux varices des veines. Enfin on réserverait le nom d'*anévrysmes* aux dilatations artérielles qui ne s'accompagnent pas de l'intégrité des parois.

Pour pouvoir établir une distinction bien nette entre les tumeurs érectiles artérielles capillaires et les anévrysmes ou les tumeurs cirsoïdes où l'on suppose que la dilatation ne porte que sur des artérioles, il faudrait que les plus gros capillaires fussent réellement différents des plus fines artérioles, et nous ne voyons pas au contraire un seul détail de structure sur lequel cette distinction puisse être fondée. On en a été réduit à s'appuyer arbitrairement sur une question de calibre, mais ces coupures faites ainsi par la pensée dans le système vasculaire ne répondent pas à une division physiologique, et les propriétés des artérioles et des capillaires ainsi définis sont à peu près, pour ne pas dire absolument, les mêmes. Pour M. Robin tous les vaisseaux dont le diamètre est inférieur à $0^{mm},15$ sont des capillaires et peuvent être divisés en trois variétés. Ceux de la première variété ont un diamètre qui varie entre $0^{mm},007$ et $0^{mm},030$; ils n'ont qu'une membrane, formée par une substance homogène, transparente et parsemée de noyaux ovoïdes à grand axe dans la direction du vaisseau ; cette membrane est revêtue d'une couche de cellules épithéliales étroites et allongées qui se continue avec celle qui tapisse la cavité de tout le système vasculaire. La seconde variété comprend les vaisseaux dont le diamètre varie de $0^{mm},030$ à $0^{mm},070$; à la membrane interne s'ajoute une

couche de fibres musculaires de la vie végétative dont les noyaux sont transversaux. Enfin les capillaires de la troisième variété ont un diamètre qui oscille entre 0^{mm},070 et 0^{mm},150; aux deux couches précédentes s'est surajoutée une troisième membrane qui est représentée par des fibres élastiques courtes et par des fibres lamineuses à l'état de corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés. Il y a donc entre les deux systèmes artériel et veineux un réseau formé par des vaisseaux qui ne sont ni artériels ni veineux, mais capillaires dans le sens anatomique du mot; ce n'est que lorsque ceux-ci atteignent un à deux dixièmes de millimètre de diamètre que l'on peut distinguer les veines des artères, ces dernières étant plus riches en fibres musculaires et en fibres élastiques.

Quelque rationnelle que soit cette division, on lui a reproché à juste titre de ranger sous le titre de capillaires, des vaisseaux, les uns à une seule tunique non contractile, les autres à deux ou trois membranes et doués de contractilité, variétés évidemment plus différentes l'une de l'autre que les plus gros capillaires ne le sont des artérioles et des veinules, aussi Kölliker et Virchow n'admettent-ils comme capillaires vrais que la première variété de M. Robin; en cela, Messieurs, je crois qu'ils ont raison et ainsi se trouve justifié ce que je vous disais tout à l'heure de l'impossibilité de séparer les anévrysmes cirsoïdes, formés par la dilatation des artérioles, des tumeurs érectiles constituées par les capillaires dilatés. Cette continuité des systèmes artériel et veineux par modification insensible de la structure des vaisseaux vous permettra également de comprendre la difficulté qu'on éprouve à séparer anatomiquement les tumeurs érectiles artérielles des tumeurs veineuses, lorsque les capillaires de la première variété, que

nous appellerons *capillaires vrais*, se sont dilatés et que leur paroi s'est doublée, comme cela arrive fréquemment, d'une couche de fibres musculaires lisses, ou quand il s'est développé dans la tumeur des vaisseaux nouveaux à membrane musculaire.

Ce qui constitue essentiellement les tumeurs érectiles et les distingue de la simple dilatation des capillaires, c'est la formation de vaisseaux nouveaux, aussi les définirons-nous avec M. Broca : *des productions accidentelles constituées principalement par la dilatation et la multiplication des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines.* La nature des lésions ainsi précisée, on peut conserver avec avantage le nom de *tumeurs érectiles* proposé par Dupuytren, et consacré par l'usage; ceux d'*angiectasie* et de *télangiectasie* adoptés par de Graefe et par Walther, ont l'inconvénient de signifier uniquement dilatation des vaisseaux et dilatation des vaisseaux terminaux et de faire présumer qu'il n'entre pas d'autre élément dans la structure de la tumeur. Bien des dénominations ont été imposées aux productions dont nous nous occupons; aucune ne mérite d'être conservée, si l'on veut éviter de confondre sous une même dénomination des tumeurs dont la structure est essentiellement différente. C'est ainsi que le mot *nævus* appliqué souvent à des tumeurs érectiles superficielles et congénitales, sert à désigner aussi des taches pigmentaires sans augmentation de nombre ou de volume des vaisseaux capillaires; le *fongus hématode*, la tumeur fongueuse sanguine n'est trop fréquemment qu'un cancer très-vasculaire dont on méconnaissait autrefois le caractère malin. L'expression de tumeur érectile ne prête pas à ces confusions, aussi doit-elle être adoptée; on peut cependant lui substituer sans inconvénient celle

d'*angionome* proposée par Follin ou celle d'*angiome* qui appartient à Virchow.

La structure des tumeurs érectiles est une des questions d'anatomie pathologique les plus difficiles à trancher, car si l'on s'en rapporte à un examen fait à l'aide de coupes et sans le secours du microscope, on tombe forcément dans l'erreur des anciens chirurgiens, tels que Bell, Boyer, Dupuytren qui assimilaient complétement ces tumeurs au tissu caverneux ou spongieux qui constitue normalement la verge ou le clitoris. Un grand nombre d'angiomes paraissent en effet, lorsqu'on les incise, formés d'aréoles analogues à celles que l'on trouve dans la moelle du jonc; on peut encore les comparer à une éponge fine de couleur rosée dont les aréoles sont circonscrites par des trabécules que l'insufflation écarte en doublant parfois le volume de la tumeur, lorsqu'on pratique cette petite opération avant d'avoir fait une coupe. Ces aréoles ne sont pas toujours des cavernes sanguines, bien souvent on n'a sous les yeux que des vaisseaux dilatés accolés les uns aux autres, mais qu'il est quelquefois possible d'isoler sur une certaine longueur par une dissection minutieuse; beaucoup de ces vaisseaux sont du reste de nouvelle formation, mais l'absence de cavernes sanguines a fait réserver à cette variété de tumeurs érectiles le nom d'*angiome simple*, opposé à celui d'*angiome caverneux* que l'on donne à des tumeurs dont la structure est plus complexe. Pour M. Broca, à qui nous devons une si claire exposition de l'anatomie pathologique des tumeurs qui nous occupent, cette distinction des angiomes en deux variétés ne répond qu'à un degré différent d'évolution des productions morbides, et pour la clarté de la description il y a sans aucun doute avantage à admettre

la succession à intervalles parfois très-rapprochés des diverses altérations vasculaires qui caractérisent une tumeur érectile.

Ne considérons en premier lieu que cette tumeur elle-même, sans tenir compte de l'état des vaisseaux afférents ou efférents qui, nous le verrons plus tard, nous servira au point de vue clinique à distinguer deux variétés. D'après les travaux de MM. Lebert, Robin, Porta, Broca, etc., on peut admettre que toute tumeur érectile est caractérisée au début par une dilatation cylindrique des capillaires préexistants et par une néoformation de petits vaisseaux. A ce degré les capillaires sont élargis à peu près d'une façon régulière, c'est-à-dire qu'ils ne présentent que peu de bosselures; leurs parois, en réalité un peu épaissies, sont plutôt amincies qu'hypertrophiées par rapport au nouveau calibre des vaisseaux, mais elles sont très-riches en noyaux. Les capillaires ne sont pas seulement dilatés, ils sont en outre allongés, aussi sont-ils forcés de se replier sur eux-mêmes et forment-ils des anses, des volutes dont on peut isoler un certain nombre au sein des tissus qui les contiennent. Plusieurs de ces anses se réunissent pour constituer, d'après M. Porta, des granulations grosses comme un grain de millet qui communiquent avec le système vasculaire général par deux vaisseaux, l'un afférent, l'autre efférent, mais ces anses ne s'anastomosent pas entre elles, ce qui exclut l'idée d'une dilatation du réseau capillaire et établit la réalité de l'allongement des vaisseaux. Comme je vous le disais, Messieurs, en vous rappelant la définition des tumeurs érectiles, il n'y a pas seulement allongement et dilatation vasculaire, il existe en outre dans ces granulations des vaisseaux de formation nouvelle qui naissent par bourgeonnement et non de toutes pièces dans des pro-

duits d'exsudation, comme le suppose la théorie de l'oscillation sur laquelle je ne veux pas insister. Il y a donc là, suivant l'expression de M. Porta, un travail angiopoiétique greffé, si je puis ainsi parler, sur la télangiectasie, et ce dernier mot est entendu ici dans son sens le plus rigoureux, car ce sont les capillaires vrais, ceux qui n'ont qu'une seule paroi qui se dilatent ainsi et dont le nombre augmente par bourgeonnement.

A ce premier degré, les tumeurs érectiles renferment, outre l'élément vasculaire qui est bien entendu l'élément prédominant, un stroma plus ou moins dense formé de fibres de tissu conjonctif et contenant souvent de petites vésicules adipeuses parfois en assez grand nombre pour qu'un auteur allemand, Walther, ait désigné sous le nom de *nævus lipomatodes* certaines variétés de ces tumeurs.

Un second degré qui correspond à des altérations que bien souvent on voit coïncider avec celles que je viens de vous décrire, est celui des *dilatations irrégulières*. Les capillaires, au lieu de conserver leur forme cylindrique, sont inégalement élargis et présentent soit des renflements, soit des ampoules latérales analogues à certains sacs anévrysmaux.

Quant au troisième degré, il est caractérisé par des *cavernes sanguines* creusées dans le stroma de la tumeur et résultant de la rupture des capillaires sur un plus ou moins grand nombre de points : ces aréoles de volume variable communiquent entre elles ainsi qu'avec la cavité des vaisseaux et le sang y circule comme dans un réseau capillaire; les cloisons qui les limitent sont formées de tissu fibreux et contiennent quelquefois des fibres musculaires lisses, des vésicules adipeuses et même de petits vaisseaux destinés à assurer leur nutrition. Ces cavités sont tapissées par des cellules épithéliales aplaties, fusiformes, analogues à celles

qui recouvrent la membrane interne des veines. Ce sont ces tumeurs qu'on a appelées *angiomes caverneux*, en se fondant sur leur aspect en tout identique avec celui des corps caverneux de la verge, mais il ne faut pas oublier que ce n'est là qu'un degré avancé de l'évolution des tumeurs érectiles et que trop souvent on prend pour des aréoles intervasculaires de simples capillaires dilatés dont les cavités apparaissent béantes sur une coupe; je vous rappellerai aussi que dans une même tumeur il est fréquent de trouver à la fois des dilatations cylindriques et des dilatations irrégulières, des vaisseaux de nouvelle formation et enfin des cavernes sanguines.

Ainsi constitués, les angiomes sont ou *circonscrits* ou *diffus;* dans le premier cas ils peuvent être contenus dans une véritable coque fibreuse; cette coque n'est traversée que par des vaisseaux de petit calibre et en petit nombre; la tumeur extirpée, il est quelquefois impossible d'en faire sourdre une goutte de sang par la pression et toutefois en l'incisant on la trouve gorgée de ce liquide. Je me rappelle avoir enlevé une tumeur érectile développée aux dépens du derme et sans aucune racine dans le tissu sous-cutané; elle présentait la consistance d'un kyste fluctuant modérément tendu, et après l'avoir enlevée au moyen de deux incisions semi-circulaires, on pouvait la comprimer dans tous les sens sans faire couler une goutte de sang par les orifices des très-petits vaisseaux qui traversaient sa coque. C'était là un type d'*angiome cutané circonscrit*.

Quand les tumeurs sont diffuses, ce qui est plus fréquent, elles envahissent les tissus au sein desquels elles se développent et déterminent leur atrophie; parfois pourtant elles ne s'étendent que fort peu, mais il est rare que les vaisseaux, soit veineux, soit artériels, qui communiquent

avec ceux qui constituent la tumeur, ne présentent pas un certain degré de dilatation; il n'y a pas là en effet de membrane limitante qui serve de barrière à l'ectasie, et c'est ainsi que les varices artérielles ou veineuses et que les anévrysmes cirsoïdes, tels que la plupart des auteurs les entendent, peuvent coïncider avec une tumeur érectile proprement dite sans qu'il soit possible de fixer au juste les limites de l'angiome qui semble pousser des prolongements dans les tissus. Parfois il est vrai, même dans ces tumeurs érectiles diffuses, on ne trouve de dilatations vasculaires que dans la masse morbide, et J. L. Petit a signalé ce fait qu'après avoir enlevé avec le bistouri une *loupe variqueuse* (c'est le nom qu'il donne aux tumeurs érectiles), on y rencontre des artères plus volumineuses que celles qu'on a sectionnées pour pratiquer l'extirpation. Cette disposition est évidemment favorable, car elle rend les hémorrhagies moins à redouter au moment de l'opération; elle tient aux modifications que subissent les capillaires vrais, point de départ de l'ectasie ainsi que les vaisseaux de nouvelle formation. Ceux-ci sont également toujours au début des capillaires à une seule paroi, mais peu à peu ils peuvent acquérir la structure des artères et des veines et se dilater au point qu'on ne peut plus les distinguer des artérioles et des veinules.

Si dans les tumeurs érectiles diffuses les altérations vasculaires peuvent être ainsi limitées, on ne peut nier cependant que dans la plupart des cas les artères qui s'y rendent et les veines qui en émergent, ne subissent d'importantes modifications dans leur calibre; les varices artérielles accompagnent de préférence les tumeurs érectiles artérielles, les varices veineuses les angiomes veineux. La dilatation commence par les plus fins ramuscules pour

atteindre successivement les branches et même les troncs, mais elle ne s'étend pas en général très-loin du côté des veines; celles-ci toutefois deviennent variqueuses dans une certaine étendue et forment dans les angiomes sous-cutanés des cordons bleuâtres plus ou moins apparents; cette ectasie reconnaît pour cause le passage plus facile du sang dans le système à sang noir à travers les vaisseaux dilatés de la tumeur, vaisseaux plus larges que les capillaires normaux.

Dans les cas de tumeurs artérielles, M. Broca fait observer avec juste raison que toujours la dilatation des artères précède celle des veines, et il est certain qu'elle offre une tout autre gravité. Cette dilatation des vaisseaux afférents porte soit sur leurs dernières ramifications, soit même sur des branches d'un assez fort calibre; non-seulement ces vaisseaux se dilatent, mais encore ils s'allongent et ils deviennent par conséquent flexueux, tandis que leur paroi s'amincit souvent, en raison de la diminution de la tension artérielle, tension qui, suivant M. Broca, doit être suffisamment élevée pour que la nutrition des parois se fasse régulièrement. Ces varices artérielles pouvant former tumeur, et désignées alors sous le nom d'*anévrysme cirsoïde*, accompagnent de préférence les tumeurs artérielles, mais non pas d'une façon exclusive. Elles donnent lieu à un bruit de souffle, à des pulsations isochrones au pouls radial et elles viennent aggraver singulièrement le pronostic de la tumeur érectile; celle-ci, quoiqu'étant le point de départ de l'ectasie artérielle, n'est même plus parfois qu'une lésion insignifiante par rapport à ces altérations secondaires des artères, altérations pouvant s'étendre aux vaisseaux de toute une région et rendre très-périlleuses les tentatives d'extirpation.

Si l'on se reporte à la définition de M. Broca, les tumeurs érectiles constituent, Messieurs, des productions accidentelles bien définies; toutefois leurs caractères cliniques sont susceptibles de varier dans une limite assez étendue pour qu'on ait cherché à établir des distinctions fondées sur la nature des vaisseaux primitivement atteints. Pour Dupuytren comme pour Cruveilhier, il n'y aurait qu'une seule espèce de tumeurs érectiles, et celles-ci, suivant le savant professeur d'anatomie pathologique, auraient pour siége constant le système capillaire proprement dit; or les vaisseaux capillaires étant pour lui essentiellement veineux, il en résulte que toute tumeur capillaire serait par cela même veineuse. Les recherches modernes qui ont éclairé la structure du système capillaire, ne nous permettent pas aujourd'hui d'adopter cette manière de voir. Il est bien certain qu'une tumeur érectile débutera forcément soit par les vaisseaux de transition artériels, soit par les vaisseaux de transition veineux, soit enfin par les capillaires proprement dits, par les capillaires vrais, à une seule paroi. Rien ne serait donc plus naturel que d'établir trois variétés de tumeurs érectiles correspondant à cette division anatomique, c'est-à-dire des tumeurs artérielles, veineuses et mixtes ou intermédiaires. Cette division était celle de Roux qui subdivisait les tumeurs artérielles et veineuses en deux sous-variétés, suivant que la lésion occupe les artérioles ou les veinules terminales ou des artères et des veines d'un plus gros volume; cet auteur admettait que dans ce dernier cas les vaisseaux présentent un état cribleux particulier, consistant en de petites érosions par lesquelles le sang pénètre dans des aréoles creusées au sein du tissu cellulaire. Gerdy multiplia encore les divisions et admit pour les tumeurs érectiles qu'il appelait *vaso-capillaires*, les mêmes

variétés que Roux, en rangeant dans une classe spéciale les tumeurs accompagnées de dilatation des vaisseaux, soit afférents, soit efférents, dilatation qui, nous l'avons vu, n'est qu'un épiphénomène, une complication venant s'ajouter à la lésion primitive. Comme le fait si bien remarquer M. Broca, si séduisante que soit la division des angiomes en trois variétés, elle ne peut être appuyée ni sur l'anatomie pathologique, ni sur les données de la clinique. On ne peut distinguer dans une tumeur érectile les vaisseaux primitivement atteints, car ils subissent de nombreuses modifications et sont susceptibles de passer de l'état de capillaires vrais à celui d'artérioles ou de veinules ; de plus, les vaisseaux de nouvelle formation sont toujours dans le principe des capillaires à une seule paroi, même s'ils se développent aux dépens des capillaires de transition artériels ou veineux. Enfin, il n'y a pas de caractères cliniques appartenant en propre aux tumeurs formées dans le réseau des capillaires vrais, et les angiomes sont tous plus ou moins artériels ou veineux, suivant que les lésions s'accentuent et s'étendent, soit du côté du système artériel, soit vers le système veineux. Nous ne devons donc admettre, Messieurs que *deux variétés cliniques de tumeurs érectiles*, *l'une artérielle*, *l'autre veineuse*, variétés fondées principalement sur la couleur de la tumeur, rouge ou rosée dans un cas, bleue dans l'autre, et sur la part que prend parfois à la dilatation vasculaire, soit le système artériel, soit le système veineux, dans une sphère plus ou moins étendue. Les tumeurs mixtes disparaissent, et l'on ne doit les admettre que théoriquement (1), en supposant que si elles existent tout à fait

(1) La division de M. Broca, que nous acceptons comme la plus claire en cette matière très-obscure, n'est pas rigoureusement vraie, et l'on pourrait admettre, non-seulement au point de vue théorique mais prati-

au début des altérations, elles dégénéreront presque aussitôt en tumeurs artérielles ou veineuses, suivant le côté du système vasculaire vers lequel elles inclineront.

quement, qu'il existe des *angiomes* purement *capillaires* ou *mixtes*, c'est-à-dire sans communication plus nette avec le système artériel qu'avec le système veineux, et sans tendance à l'extension ni dans un sens ni dans un autre. Ces angiomes, absolument circonscrits par conséquent, ont été vaguement décrits par les auteurs allemands, et M. Ch. Monod a appelé l'attention, dans sa thèse inaugurale, sur ceux qui siégent sous la peau. (Ch. Monod, th. 1873, *Étude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit.*)

L'angiome simple sous-cutané forme une tumeur circonscrite, nettement séparée des tissus qui l'environnent, n'adhérant en particulier ni à la peau, ni aux aponévroses sous-jacentes. Cette tumeur est tout entière plongée dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané et semble s'y creuser une cavité où elle se loge. Elle ne possède point de capsule d'enveloppe véritable, on peut cependant détacher de sa surface une couche mince de tissu cellulaire suffisante pour permettre et faciliter une ablation intégrale. Sa consistance est ferme; à l'œil nu elle présente un ensemble de caractères tenant à la fois du lipome, du fibrome et de l'angiome.

On ne sait rien des rapports qu'affectent ces angiomes avec la circulation générale, avec les artères et les veines. Ils se développent aux dépens des capillaires du tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Voici quels seraient, d'après M. Monod, les principaux caractères des angiomes simples sous-cutanés circonscrits : Ils se présentent en général sous forme de tumeurs bien limitées, d'un volume moyen, ne dépassant pas ordinairement celui d'une grosse noix, sans adhérence intime avec les parties environnantes superficielles ou profondes. La peau à leur niveau ne présente aucune altération, ou seulement une coloration bleuâtre qui ne paraît autre que celle de la tumeur sous-jacente aperçue par transparence. Au toucher, leur consistance est variable, ordinairement un peu rénitente et élastique, plutôt molle que dure cependant, jamais fluctuante. Le plus souvent elles sont légèrement lobulées à leur surface et donnent au doigt une sensation qui rappelle celle du lipome. Elles n'ont aucun des caractères des tumeurs dites érectiles, ne se laissent pas réduire par la pression, n'offrent ni battements ni souffle appréciables; elles ne présentent pas en général des alternatives de tuméfaction et d'affaissement périodiques, et ne changent pas de volume sous l'influence des cris, ni des efforts. Les vaisseaux environnants, veines ou artères, ne sont pas dilatés. Elles n'occasionnent enfin ni douleurs, ni gêne fonctionnelle.

Les angiomes circonscrits, sans relations connues avec le système artériel ou veineux, ont été encore trop peu étudiés pour que nous insistions sur ce sujet. Il sera donc fait abstraction de ces tumeurs dans le cours de cette leçon, prononcée et rédigée avant la publication du travail de M. Monod.

Cette division, Messieurs, est la seule qui doive subsister ; les tumeurs congénitales et celles qu'on peut appeler accidentelles ne diffèrent entre elles ni au point de vue de leur structure ni par leurs caractères cliniques, il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à une classification fondée sur l'époque et le mode de début des angiomes. Quant à la division des tumeurs érectiles en cutanées et sous-cutanées, division établie par Wardrop, elle est essentiellement défectueuse, puisque dans les tumeurs sous-cutanées il faudrait ranger les tumeurs sous-muqueuses, musculaires, glandulaires, etc. Le siége des angiomes est en effet essentiellement variable, et si ceux-ci ont une prédilection marquée pour certains tissus, ils peuvent cependant se développer partout où se rencontrent des capillaires.

Les tumeurs érectiles de la peau sont sans contredit les plus fréquentes ; tantôt elles restent limitées aux couches superficielles du derme, tantôt elles envahissent toute son épaisseur et s'étendent même dans le tissu cellulaire sous-cutané qui peut aussi être le siége primitif de la production morbide. Les tumeurs érectiles des muqueuses et du tissu conjonctif sous-muqueux viennent par ordre de fréquence après celles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et elles se développent surtout aux lèvres, comme chez notre petit malade, au nez, à la face interne des joues, en un mot, aux dépens des muqueuses externes ; on cite comme tout à fait exceptionnels les angiomes de la muqueuse de l'utérus, du bassinet, du larynx, de la vessie, de l'intestin. Le tissu musculaire peut être envahi, ainsi que le cerveau, et Lebert a décrit une tumeur érectile occupant un des lobes postérieurs de cet organe ; quant au tissu osseux, on l'a cru longtemps un terrain favorable au développement des angiomes, mais, vous le savez, les angiomes

étaient confondus autrefois avec les cancers vasculaires et ceux-ci qu'on a décrits sous les noms de *fongus hématodes*, de *tumeurs fongueuses sanguines*, sont loin d'être rares. Les vraies tumeurs érectiles, celles que je vous ai définies anatomiquement sont en réalité très-exceptionnelles dans les os.

M. Cruveilhier n'admet que les tumeurs érectiles périostiques; il ne cite pas d'exemple d'angiome développé aux dépens du tissu osseux lui-même, et à son avis celui-ci serait simplement détruit par érosion. Quelque rares que soient les observations de tumeurs érectiles des os, il en existe pourtant quelques-unes; M. Verneuil a rapporté un cas d'angiome multiple de l'os iliaque et un autre de tumeur érectile du scaphoïde; Virchow en a observé dans le diploé des os du crâne. Quant aux tumeurs vasculaires des os décrites par M. Richet, on doit hésiter beaucoup à les ranger parmi les tumeurs érectiles vraies.

De tous les viscères, le foie est celui où l'on a observé le plus grand nombre d'angiomes; ces tumeurs, qui affectent la forme caverneuse, sont violacées, elles ne font pas en général de relief à la surface de la glande et n'atteignent pas un grand volume ; elles débuteraient, suivant Virchow, par une formation de vaisseaux nouveaux entre les cellules hépatiques.

Les tumeurs érectiles peuvent aussi siéger dans les glandes en grappe. On en a observé dans la mamelle, et M. Beckel a extirpé une glande sous-maxillaire et une parotide dont les vaisseaux étaient atteints d'ectasie et constituaient un véritable tissu caverneux. Enfin il n'est pas rare de voir des fibromes et surtout des carcinomes et des sarcomes contenir des tumeurs érectiles qui ne doivent être envisagées que comme une complication de

la tumeur principale, mais qui donnent souvent le change au chirurgien exposé à méconnaître la vraie nature du néoplasme.

Si nous les envisageons sous le rapport des régions où elles sont le plus communément observées, je vous dirai, Messieurs, que les tumeurs érectiles se rencontrent surtout à la tête; elles peuvent être cutanées ou sous-cutanées, artérielles ou veineuses, en forme de taches ou en relief sur les téguments; elles peuvent occuper les régions de la joue, du front, de la parotide, les paupières, la cavité orbitaire où elles acquièrent une gravité toute spéciale, les lèvres, les narines, enfin le pourtour des orifices naturels, et Virchow nomme angiomes fissuraux les tumeurs qui affectent ce dernier siége.

L'étiologie de l'affection dont nous nous occupons est, il faut l'avouer, des plus obscures; je ne m'arrêterai pas à réfuter l'erreur des gens du monde qui font jouer à l'imagination de la mère un rôle absurde dans la production de ces taches que l'on nomme *nævi materni*, l'influence de l'hérédité n'est nullement démontrée, et nous devons nous contenter de noter que les tumeurs érectiles paraissent liées chez certains sujets à une sorte de faiblesse du système capillaire analogue à celle qui préside au développement des varices. Y aurait-il donc une diathèse érectile comme il y a une diathèse variqueuse ou une diathèse anévrysmale? Je ne vois pas pour mon compte d'inconvénient à conserver une expression qui sans contenir une explication, consacre toutefois une vérité : l'apparition spontanée, c'est-à-dire sans cause encore connue de nous, de certaines tumeurs érectiles et la possibilité pour le même individu d'en porter un plus ou moins grand nombre dis-

séminées sur différents points des téguments ou dans différents tissus.

J'aurais vivement désiré, Messieurs, mettre sous vos yeux plusieurs exemples de tumeurs érectiles, malheureusement si le hasard nous sert parfois à souhait en réunissant dans nos salles diverses variétés d'une même maladie, il ne nous a envoyé aujourd'hui qu'un spécimen de cette affection que j'aurais voulu vous décrire cliniquement en vous en faisant constater *de visu* les principaux symptômes. Le sujet me semble pourtant avoir une telle importance pratique que je crois utile de vous l'exposer dans tout son ensemble, heureux si en vous aidant du souvenir des malades que vous avez observés ailleurs, vous arrivez à saisir nettement les caractères cliniques des tumeurs érectiles et à comprendre les indications qu'ils fournissent à la thérapeutique.

Je vous ai dit que l'on devait admettre deux grandes variétés de productions érectiles, les unes *artérielles*, les autres *veineuses*. Je me sers ici à dessein du mot production que je substitue à celui de tumeur, car les angiomes ne forment pas toujours ce qu'on entend en clinique par tumeur et apparaissent souvent comme de simples *taches* sans relief appréciable au-dessus des téguments. Nous avons vu que la peau, les muqueuses et le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux étaient le siége le plus fréquent des productions érectiles; étudions d'abord celles de la peau qui consisteront tantôt en de simples taches artérielles ou veineuses, non saillantes à la surface des téguments, tantôt en des tumeurs de forme et de volume variables. Ces taches et ces tumeurs sont habituellement appelées *nævi*, mais il ne faut pas oublier que sous cette

dénomination on a décrit diverses altérations congénitales de la couleur ou de la texture de la peau, et que parfois l'élément vasculaire n'est aucunement modifié. Vous avez dû remarquer bien souvent, Messieurs, ces taches rouges ou rosées dont les dimensions sont variables, qui parfois ressemblent à la trace laissée par une piqûre de puce, et qui dans d'autres cas couvrent la plus grande partie de la face ou forment une plaque à contour mal délimité, sur le tronc ou sur un membre. Ces nævi, que l'on compare à des taches de vin, ne forment pas la plus petite saillie à la surface du derme, ils pâlissent sous la pression du doigt comme une plaque érysipélateuse, et leur coloration s'accentue sous l'influence de toutes les causes qui rendent la circulation plus active; ce sont là des *taches érectiles artérielles* qui le plus souvent sont congénitales. On en a décrit sous le nom de *nævus araneus* une variété caractérisée par un réseau de lignes rouges formées de vaisseaux dilatés divergeant comme les pattes d'une araignée. Ces taches disparaissent fréquemment d'elles-mêmes sans traitement chez les très-jeunes enfants, mais elles peuvent persister et même s'accroître en surface et en profondeur, et devenir le point de départ d'une tumeur érectile artérielle sous-cutanée.

Certains nævi, au lieu d'offrir une coloration rouge vif ou rosée, forment de larges plaques, en général un peu saillantes au-dessus de la surface de la peau, plaques d'un bleu plus ou moins violacé et rappelant assez bien la couleur du jus de framboise; sous l'influence des cris et des efforts leur teinte ne se modifie que très-peu et elles ne pâlissent pas sensiblement sous la pression du doigt. Elles sont presque toujours congénitales, mais elles n'ont pas comme les taches artérielles de tendance à disparaître spon-

tanément; en revanche, elles n'en ont pas davantage à s'accroître et restent en général stationnaires. Ce sont là des *nævi veineux* que vous distinguerez des nævi artériels, surtout à leur couleur. Entre les taches et les tumeurs érectiles de la peau on peut trouver tous les intermédiaires. Si le léger relief que forment presque toujours les taches veineuses augmente en certains points, on trouve sur une surface lie de vin de petites tumeurs plus ou moins pédiculées, d'une couleur violet foncé ou noirâtres, soit aplaties, soit bombées, irrégulières, bosselées ou lisses; ces *tumeurs cutanées veineuses* ne croissent pas avec rapidité et restent longtemps stationnaires une fois qu'elles sont parvenues à un certain degré de développement; elles se prolongent souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané et autour d'elles se voient par transparence des veinules plus ou moins dilatées. La tumeur peut aussi se développer primitivement sous la peau et envahir ensuite celle-ci de dedans en dehors.

Les *tumeurs cutanées artérielles* ont, comme les tumeurs cutanées veineuses, un volume susceptible de présenter les plus grandes variétés; elles sont diffuses ou circonscrites, et dans ce dernier cas elles n'ont qu'une faible tendance à prendre un grand accroissement et retentissent peu sur les vaisseaux afférents; souvent grosses comme une tête d'épingle, un grain de groseille, un pois, elles peuvent atteindre parfois le volume d'une pomme; leur forme est tantôt celle d'une petite verrue ou d'une cerise, et leur surface est alors parfaitement lisse, tantôt celle d'une framboise, et dans ce cas elles présentent de petits grains, de légères bosselures correspondant à des portions de vaisseaux particulièrement dilatées ou à des cavernes sanguines. La coloration rouge plus ou moins vif de ces tu-

meurs n'est plus alors tout à fait uniforme. En les comprimant on les fait très-légèrement pâlir, mais on ne modifie que très-peu leur volume; elles sont souvent modérément tendues, assez flasques et ne se gonflent pas d'une manière bien nette pendant les cris ou les efforts. Cette absence de turgescence dans ces circonstances, cette irréductibilité à la pression et ce défaut de tendance à s'accroître, des tumeurs érectiles cutanées circonscrites artérielles et veineuses, indiquent qu'elles ne communiquent pas avec le torrent circulatoire par de larges canaux vasculaires et rendent leur pronostic assez bénin, si l'on ne tient pas compte de la difformité qu'elles constituent. Elles présentent donc moins de gravité que les taches qui sont rarement aussi nettement circonscrites que les tumeurs; celles-ci sont susceptibles d'être réellement enkystées, mais lorsqu'elles sont diffuses, elles peuvent envahir assez rapidement non-seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire sous-cutané; elles sont alors animées de pulsations et peuvent donner lieu à des hémorrhagies assez abondantes.

Les *tumeurs érectiles artérielles sous-cutanées* forment une masse arrondie, mais mal circonscrite, à surface parfois bosselée, de consistance molle et spongieuse, et très-incomplétement réductible. Elles se gonflent à peine pendant les cris ou les efforts. Ces caractères appartiennent aussi aux *tumeurs érectiles sous-cutanées veineuses* qu'il est par conséquent assez difficile de distinguer parfois des premières; toutefois les angiomes veineux sont peut-être susceptibles d'une turgescence plus marquée durant les expirations soutenues, et généralement ils sont entourés par un réseau de veines variqueuses dont on aperçoit la couleur bleuâtre à travers les téguments. Enfin, dans cer-

tains cas, la différence entre les tumeurs artérielles et les tumeurs veineuses est nettement tranchée ; si par exemple un angiome sous-cutané, présentant les caractères que je viens de vous signaler, est animé de battements expansifs isochrones au pouls radial et appréciables, soit à la vue, soit au toucher, si, de plus, il est le siége d'un bruit de souffle et que souffle et pulsations disparaissent par la compression des principaux troncs afférents ou de l'artère principale de la région, vous pourrez conclure à coup sûr à l'existence d'une tumeur érectile artérielle. Pour moi, je ne vois pas de différence clinique entre ces tumeurs sous-cutanées artérielles pulsatiles et les anévrysmes cirsoïdes qui ne sont pas manifestement formés par un paquet d'artérioles simplement dilatées, et ces deux variétés de tumeurs ne sont autre chose que des angiomes dont les artérioles afférentes sont assez dilatées pour que la pulsation cardiaque se fasse sentir dans les vaisseaux du néoplasme. Pour pouvoir établir qu'une tumeur présentant tous les caractères d'un anévrysme cirsoïde n'est pas un angiome, il faudrait, en se reportant à la définition que nous avons acceptée, démontrer qu'il n'y a pas eu formation de vaisseaux nouveaux. Cette démonstration, Messieurs, est impossible à faire ; on peut donc confondre cliniquement l'histoire des tumeurs érectiles artérielles sous-cutanées avec celle des anévrysmes cirsoïdes (1).

Les tumeurs pulsatiles sont sans contredit les plus gra-

(1) Les tumeurs érectiles sous-cutanées artérielles, parmi lesquelles je range la plupart des anévrysmes cirsoïdes, ne sont pas toujours consécutives à une tumeur cutanée artérielle ou à une tache ; le plus souvent même ces tumeurs se développent d'emblée sous la peau, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant l'enfance, et elles se rencontrent presque exclusivement à la tête. Les nævi et les *simples varices artérielles* ne formant pas tumeur, peuvent au contraire siéger dans toutes les régions.

ves, et leur pronostic est infiniment plus sérieux que celui des angiomes veineux, quoique ceux-ci aient eux-mêmes une assez grande tendance à s'étendre quand ils sont sous-cutanés. L'ectasie envahissant de proche en proche les dernières ramifications artérielles, les tumeurs gagnent ainsi du terrain en surface et en profondeur ; d'un autre côté, les vaisseaux de l'angiome adhèrent à la peau qui s'amincit, s'ulcère et permet au sang de s'échapper parfois en grande abondance; envahissement des tissus et hémorrhagies, ces deux mots résument le pronostic des tumeurs érectiles artérielles sous-cutanées.

Les *tumeurs érectiles des muqueuses*, Messieurs, sont loin d'offrir des variétés aussi nombreuses que celles de la peau. Les taches n'existent pour ainsi dire pas sur les muqueuses, et toujours le tissu cellulaire sous-muqueux est envahi. Quoique le plus souvent veineuses, les tumeurs peuvent être artérielles et présenter alors une teinte rouge, qui constitue presque le seul caractère qui permette de les distinguer des autres ; elles sont ou circonscrites ou diffuses, et c'est surtout dans ce dernier cas qu'on a le plus à redouter de les voir suivre une marche envahissante. Leur siége le plus habituel est le bord libre des lèvres et on les observe principalement chez les enfants. Quant aux tumeurs veineuses, elles sont bleues et, suivant M. Broca, plus communes chez les adultes et les vieillards dans cette même région que les tumeurs artérielles.

En vous reportant aux caractères que nous venons de passer en revue rapidement, vous parviendrez sans peine, Messieurs, à reconnaître dans la plupart des cas, une tumeur érectile. Le diagnostic des angiomes osseux, sans être impossible, présente toutefois les plus grandes difficultés, et le petit nombre d'observations qu'on possède ne permet

pas d'en poser d'une manière bien nette les éléments; dans aucun cas, fait remarquer M. Broca, ces tumeurs n'ont été pulsatiles, aussi des battements constatés dans une tumeur des os devraient-ils faire écarter jusqu'à nouvel ordre l'idée d'une tumeur érectile.

Si je voulais, Messieurs, traiter la question des tumeurs érectiles avec tous les développements qu'elle comporte, je devrais insister sur l'histoire des angiomes de la cavité orbitaire; le temps ne me le permet pas, mais je veux cependant vous donner à ce sujet quelques détails succincts. D'une façon générale on peut dire que les tumeurs sanguines de cette région sont encore mal connues, et que leurs symptômes sont essentiellement variables, toutefois on peut les diviser en deux grandes classes suivant qu'elles sont pulsatiles, ou ne présentent au contraire ni battements, ni souffle.

Les tumeurs qui rentrent dans cette dernière variété sont presque toutes développées aux dépens du système veineux, mais ce ne sont pas toujours de véritables angiomes, et au point de vue de la symptomatologie, il est extrêmement difficile d'établir les caractères qui appartiennent soit aux simples varices veineuses, soit aux véritables tumeurs érectiles veineuses. Quoi qu'il en soit, ces tumeurs font spécialement saillie derrière la paupière supérieure; elles sont molles, en partie réductibles, susceptibles en certains cas d'augmenter de volume sous l'influence des efforts et de la position déclive, et elles peuvent être accompagnées d'une dilatation des veines sous-cutanées de la région; enfin, ce qui leur donne une physionomie spéciale, c'est qu'elles ne présentent ni pulsations, ni souffle; elles débutent souvent par les paupières, leur marche est

lente et leur pronostic est infiniment moins sérieux que celui des tumeurs pulsatiles, quoiqu'elles puissent néanmoins entraîner à la longue des troubles profonds de la vision. Toutes les tumeurs sanguines non pulsatiles de l'orbite sont-elles veineuses, et se rapportent-elles à cette description ? Évidemment non, et quelques faits nous prouvent qu'il peut exister dans la cavité orbitaire une variété d'angiome absolument semblable à celle qu'a décrite M. Monod sous le nom d'*angiome circonscrit sous-cutané*. Je ne reviendrai pas sur les caractères de ce genre de tumeur dont je vous ai dit quelques mots (1), elles paraissent développées aux dépens des capillaires du tissu adipeux de l'orbite, et comme elles n'affectent aucun rapport intime avec les vaisseaux artériels et veineux environnants, il semble possible de les enlever sans danger.

Les tumeurs comprises sous le nom de *tumeurs pulsatiles* de l'orbite, ont quelques caractères qu'il importe de connaître, mais malheureusement ceux-ci ne constituent pas des éléments de diagnostic bien précieux, si l'on veut établir la nature exacte du mal. Animées de battements plus ou moins forts, ces tumeurs produisent presque toujours un certain degré d'exophthalmie et sont le siége d'un bruit de souffle ordinairement intermittent, mais parfois continu et à renforcement. Ce bruit de souffle dont le timbre peut varier est souvent assez intense pour être perçu des malades. Outre les phénomènes congestifs et inflammatoires qui peuvent survenir du côté de l'orbite, on voit presque toujours apparaître tôt ou tard des troubles graves de la vision. Enfin disons qu'il se développe en général à un moment quelconque une ou plusieurs tumeurs en

(1) Voyez la note page 635.

haut et en dedans de la base de l'orbite, au niveau du point où la veine ophthalmique s'anastomose avec la faciale. C'est là que siége le maximum du souffle et des battements.

Les tumeurs pulsatiles de l'orbite sont-elles toujours, Messieurs, des tumeurs érectiles artérielles ? A cette question je répondrai que non-seulement les angiomes artériels pulsatiles de la cavité orbitaire sont rares, mais que peut-être même ils n'ont jamais été rencontrés dans cette région. M. Demarquay, l'un des premiers, chercha à démontrer que les tumeurs de l'orbite n'étaient en réalité que des anévrysmes, et aujourd'hui son opinion est acceptée, au moins en ce qui concerne l'exclusion des angiomes.

Je n'insisterai pas plus longtemps, Messieurs, sur les tumeurs pulsatiles de l'orbite. Ainsi que le fait avec juste raison remarquer M. Terrier (1), l'ensemble des symptômes présentés par les malades est presque toujours le même, quelle que soit l'altération anatomique, et nous acceptons complétement les idées de notre collègue qui établit qu'étant donnés les symptômes d'une tumeur pulsatile de l'orbite, on peut avoir affaire :

1° A un anévrysme intra- ou extra-orbitaire de l'ophthalmique ;

2° A un anévrysme de la carotide interne ;

3° A une varice anévrysmale extra-orbitaire entre la carotide interne et le sinus caverneux ;

4° Enfin, à une dilatation de la veine ophthalmique produite par un arrêt ou une difficulté de la circulation en retour, que celle-ci soit gênée par des caillots ou par une tumeur comprimant les parois veineuses.

(1) *Thèse d'agrégation*, 1872.

Je laisse de côté, vous le voyez, les tumeurs érectiles artérielles dont l'existence n'est pas parfaitement démontrée, et il est bien évident que les cancers vasculaires, quoique donnant lieu à du souffle, à des battements, etc., ne doivent pas rentrer dans cette classification.

Les tumeurs érectiles sous-cutanées, Messieurs, étant directement accessibles à nos moyens d'exploration ne donnent lieu qu'exceptionnellement à des erreurs de diagnostic; leurs caractères, sur lesquels je ne reviendrai pas, permettront de reconnaître si elles sont artérielles ou veineuses, point qui, eu égard au traitement, est de la plus haute importance. Parmi les tumeurs d'une structure différente de la leur, les encéphaloïdes, les cancers fibro-plastiques et les lipômes, sont les seules qui puissent parfois nous embarrasser, les premières à cause des pulsations qu'elles présentent dans certains cas, si elles reposent sur un plan résistant, les tumeurs graisseuses, à cause de leur mollesse et de leur consistance lobulée. La coloration de la peau, l'existence d'un nævus situé dans le voisinage, les battements, les dilatations artérielles ou veineuses du voisinage vous permettront souvent de reconnaître la nature de la tumeur; mais en l'absence de ces éléments de diagnostic, vous pourriez facilement confondre avec un lipôme une tumeur érectile, à moins que celle-ci ne soit en partie réductible et susceptible de reprendre son volume par une expiration forcée ou après la cessation de toute compression. Dupuytren enleva un simple lipôme du grand angle de l'œil, croyant avoir affaire à une tumeur érectile, et plusieurs fois des erreurs analogues ont été commises, mais elles sont sans gravité, car dans ces cas les tumeurs sont en général circonscrites, et l'absence de battements

témoigne du peu de développement des vaisseaux afférents et par conséquent de l'innocuité de l'extirpation.

Une méprise qui peut avoir les plus graves conséquences, consiste à prendre pour une tumeur érectile une encéphalocèle ou une méningocèle. Lorsque vous serez consultés pour une tumeur siégeant près de la racine du nez ou au voisinage de l'orbite, songez toujours, Messieurs, que vous pouvez être en présence d'une hernie du cerveau ou des méninges. Vous croirez facilement à l'existence d'une tanne ou d'un kyste, soit sébacé, soit dermoïque, et vous aurez souvent raison, car la région est pour ces tumeurs un lieu d'élection ; mais si vous n'examiniez pas scrupuleusement les malades, vous pourriez méconnaître une encéphalocèle, et une incision ou même une simple ponction pourrait entraîner la mort. Comme une tumeur érectile artérielle, l'encéphalocèle peut être réductible et franchement pulsatile ; elle peut se gonfler pendant l'expiration et donner à l'auscultation un bruit de souffle ; enfin, il est possible qu'elle offre une teinte bleuâtre éminemment trompeuse. Cherchez alors à réduire la tumeur, et souvent, si c'est une encéphalocèle, vous provoquerez des troubles caractéristiques, soit un coma passager, soit des convulsions épileptiformes. M. Gosselin, en discutant ce diagnostic, fait remarquer que la compression d'une seule carotide arrête quelquefois les pulsations d'une tumeur cirsoide (1), tandis qu'il faut comprimer les deux pour modifier celles d'une encéphalocèle, et encore cette compression n'a-t-elle qu'un effet momentané. Il se fonde aussi sur ce fait que l'encéphalocèle étant congénitale, on n'attend pas

(1) Nous rappelons que, pour nous, il n'est pas possible de distinguer cliniquement une tumeur érectile sous-cutanée artérielle d'un anévrysme cirsoïde et que ces deux expressions sont presque synonymes.

que le sujet soit adulte pour consulter un chirurgien, tandis que les tumeurs cirsoïdes, qui débutent parfois de très-bonne heure, ne prennent guère que vers vingt ou vingt-cinq ans assez d'extension pour inquiéter les malades; enfin M. Gosselin ajoute que l'étendue de la tumeur et la sensation de cordons vermiformes qu'on perçoit à la palpation, pourront nous faire incliner vers l'idée d'une tumeur cirsoïde dans les cas douteux; ce sont là en effet les seuls signes qui puissent nous permettre d'éviter une erreur funeste.

Les tumeurs érectiles cutanées, Messieurs, ne peuvent être confondues qu'avec un petit nombre d'affections, mais vous devez savoir que le mot nævus ne s'applique pas exclusivement aux productions érectiles, et sert à désigner une altération congénitale de la couleur ou de la texture de la peau. C'est ainsi qu'un de nos savants confrères, M. Laboulbène, divise les nævi en *nævi sans hypertrophie*, et *nævi avec hypertrophie;* les premiers comprennent les *nævi pigmentaires*, les seconds se subdivisent en *nævi non vasculaires* et *nævi vasculaires*. Toutes ces variétés sont susceptibles de se combiner entre elles, et vous devrez vous attacher, en présence d'un nævus, à faire la part des altérations de l'élément vasculaire. Les nævi pigmentaires ou *spili* sont de simples taches dont la couleur varie depuis le jaune jusqu'au noir le plus foncé; ils sont quelquefois recouverts de poils et ne font pas en général le moindre relief à la surface de la peau. Les nævi hypertrophiques sont, au contraire, plus ou moins saillants : vasculaires ou non, on les désigne vulgairement sous les noms de *signes* ou d'*envies;* comme les précédents, ils peuvent être colorés par du pigment et sont presque toujours recouverts de poils divergents et assez gros. Alors même que les vaisseaux qu'ils

contiennent ne sont pas dilatés, ils affectent des formes variables, analogues en tout point à celles des tumeurs érectiles cutanées; ils sont mamelonnés, verruqueux, semblables parfois à ces petits fruits que nous avons pris comme terme de comparaison en parlant des tumeurs érectiles; il importe donc de les distinguer de ces dernières productions qui peuvent leur ressembler beaucoup; vous y parviendrez aisément, dans les cas bien tranchés, en tenant compte des caractères que je vous ai brièvement exposés. Dans d'autres cas, au contraire, vous pourrez rester dans le doute, doute bien légitime, si l'on songe que souvent les nævi, simplement hypertrophiques au début, deviennent plus tard érectiles par suite des modifications que subissent les vaisseaux, et, qu'inversement, des tumeurs érectiles peuvent perdre peu à peu leur caractère vasculaire par divers processus dont je vous dirai bientôt quelques mots.

Quand vous hésiterez, Messieurs, entre un nævus hypertrophique non vasculaire et une tumeur érectile cutanée, c'est que l'expectation sera sans danger, car la tumeur érectile, si c'en est une, sera dans ce cas presque toujours circonscrite et par conséquent peu disposée à s'accroître; si le nævus prend de l'extension, l'hésitation ne sera plus possible, car les simples *signes* hypertrophiques restent toujours stationnaires.

Le diagnostic des diverses variétés de taches et de tumeurs érectiles, diagnostic dont j'espère vous avoir fourni les principaux éléments, devra, Messieurs, servir de base au traitement que vous aurez à instituer. Parmi ces productions, les unes en effet seront susceptibles de guérir d'elles-mêmes, vous pourrez alors compter sur ce travail de guérison spontané et ajourner votre intervention;

d'autres n'auront que peu de tendance à s'accroître, et, question de coquetterie à part, les malades, en les surveillant, pourront peut-être éviter une opération ; quelques-unes enfin, par les accidents auxquels elles pourraient donner lieu dans leur marche envahissante, exigeront un traitement énergique qu'il faudra entreprendre dans un bref délai.

Les tumeurs cutanées artérielles, qui ont, vous le savez, une assez grande tendance à s'accroître, sont aussi celles dont la guérison spontanée est la plus fréquente; M. Depaul a remarqué que le tiers des enfants nés à la clinique d'accouchement portent des taches érectiles cutanées artérielles qui disparaissent d'elles-mêmes au bout de quelques jours ou de quelques mois, et plusieurs faits tirés de ma pratique viennent confirmer la justesse de cette observation. Je connais une famille dans laquelle tous les enfants sont nés avec des taches érectiles qui constamment ont disparu dans un temps très-court, et, récemment, j'ai été appelé près d'un enfant qui portait à la nuque un nævus large comme une pièce de cent sous, nævus dont aujourd'hui il ne reste plus aucun vestige. Il ne faudrait donc pas vous hâter d'intervenir chez un nouveau-né qui porterait un de ces nævi en quelque sorte transitoires, et c'est tout au plus si la vaccination faite sur la tache serait indiquée, car vous savez tous que la pustule variolique laisse une cicatrice indélébile; c'est là, soit dit en passant, un reproche réel, quoique léger, à adresser à ce mode de traitement, lorsque le nævus a pour siége le visage. On ne saurait trop dire quel est le processus qui préside à la guérison de ces taches; il semble que le retrait des vaisseaux soit ici absolument spontané, mais le plus souvent, lorsqu'une tache ou une tumeur cutanée artérielle disparaît, c'est à la suite d'un

véritable travail inflammatoire qui succède soit à un coup, soit à une irritation quelconque de la partie malade. Bérard a bien décrit ces ulcérations superficielles qui donnent lieu à de petites hémorrhagies, et auxquelles succèdent des cicatrices blanchâtres et un peu déprimées, analogues à celles qui résultent des brûlures au second degré. Dans ce cas, les vaisseaux sont étouffés par les produits de l'inflammation, et l'hyperplasie du tissu connectif qui constitue le stroma de la tumeur amène la transformation fibreuse de celle-ci et la guérison. Cette heureuse conséquence de l'inflammation s'observe aussi pour les tumeurs veineuses au sein desquelles peuvent se former des phébolithes et pour les tumeurs sous-cutanées artérielles, surtout si celles-ci sont circonscrites et ne s'accompagnent pas de dilatation trop étendue des vaisseaux afférents.

Les angiomes, Messieurs, peuvent subir une autre modification curieuse signalée par César Hawkins, observée également par Costilhes et Lebert, étudiée enfin par MM. Holmes-Cootes, Bickersteth et Laboulbène ; je veux parler de leur transformation kystique. Les kystes qu'on observe dans ces conditions sont vésiculeux, demi-transparents, gros, en général, comme des grains de chènevis ou des pois, et ils se trouvent situés au milieu d'un stroma fibreux. Ils contiennent un liquide séreux ou gélatineux, tantôt transparent et ne contenant que des gouttelettes huileuses et des granulations moléculaires, tantôt coloré par du sang. Ces différences dans la composition du liquide ont eu pour résultat de faire varier les interprétations du fait anatomique. Les uns ont, en effet, considéré ces kystes comme lacuneux, c'est-à-dire formés en dehors des vaisseaux, dans le stroma de la tumeur ; les autres ont admis au contraire qu'ils résultent de la dilatation de quelques

portions des vaisseaux comprimés; quoi qu'il en soit, cette transformation kystique constitue pour les tumeurs érectiles un mode particulier de guérison.

Les angiomes caverneux peuvent encore disparaître à la suite d'une accumulation de fibrine qui se dépose dans les lacunes comme sur les parois des sacs anévrysmaux; enfin, les tumeurs veineuses sont parfois envahies par des vésicules adipeuses qui amènent finalement l'oblitération des vaisseaux.

Tels sont, Messieurs, les différents modes de guérison spontanée des tumeurs érectiles, mais ce serait une erreur de croire qu'on les observe fréquemment. Dans bien des cas, taches et tumeurs restent stationnaires, surtout lorsqu'elles sont veineuses et cutanées, et à la Salpêtrière, j'ai pu, comme M. Broca, remarquer le nombre des vieillards qui portent de petites taches rouges ou de petites tumeurs, plus ou moins nettement pédiculées, sans aucune tendance ni à l'extension ni à l'accroissement. Le plus souvent cependant les angiomes s'accroissent, et je ne reviendrai pas sur la gravité du pronostic de la plupart des tumeurs sous-cutanées artérielles.

Vous devez pouvoir apprécier maintenant, Messieurs, la variété de tumeur érectile que porte à la lèvre l'enfant que je vais opérer devant vous; c'est un angiome sous-muqueux qui a débuté par être une simple tache congénitale, et qui aujourd'hui forme une tumeur sessile; sa coloration rosée vous indique qu'elle est surtout constituée par des capillaires artériels, et son développement a été assez rapide, puisqu'elle a pu atteindre en quatre mois le volume d'un gros pois. Si nous n'intervenions pas, cette tumeur s'accroîtrait évidemment de jour en jour, car elle est diffuse et appartient à la classe des angiomes les plus dangereux; dans six mois,

dans un an, elle constituerait une difformité plus choquante encore qu'aujourd'hui. La gravité du pronostic serait en raison directe du volume qu'elle aurait atteint et des complications survenues du côté des vaisseaux afférents susceptibles, nous l'avons vu, de se dilater à leur tour. Notre devoir est donc de tenter une opération curative radicale.

Je n'entreprendrai pas, Messieurs, de discuter avec vous, ni même de vous énumérer toutes les méthodes applicables et appliquées au traitement des tumeurs érectiles; cette étude m'entraînerait trop loin. Je me bornerai à vous dire que ces méthodes peuvent être rangées dans deux catégories bien distinctes. Les unes ont pour but de produire l'oblitération des vaisseaux de la tumeur, oblitération que suivent l'affaissement et la disparition plus ou moins complète de l'angiome, les autres plus radicales consistent dans l'ablation ou la destruction du néoplasme par des procédés différents.

Si nous n'avons en vue que le cas actuel, je vous ferai remarquer tout d'abord que le volume de la tumeur ne nous permet pas de songer à arrêter son développement par l'inoculation du virus vaccinal, méthode qui ne réussit guère que pour les simples taches et qui ne serait pas ici sans danger; l'application d'astringents ou de perchlorure de fer sur la muqueuse, la compression, pourraient nous donner un succès, mais parmi toutes les méthodes modificatrices, je préférerais, si je me décidais à employer l'une d'elles, soit les injections de perchlorure de fer très-étendu, soit la cautérisation à l'aide d'un cautère actuel très-fin avec lequel je ferais deux ou trois ponctions dans la tumeur.

En tenant compte de la situation de l'angiome et de la facilité avec laquelle on peut aujourd'hui circonscrire ses

limites, je crois préférable de recourir à l'une des méthodes par lesquelles on enlève ou l'on détruit les tumeurs.

Les cautérisations destructives à l'aide du cautère actuel, de la pâte de Vienne ou du chlorure de zinc, ne me paraissent pas indiquées; l'application de la pâte de Vienne peut donner lieu à une hémorrhagie lors de la chute de l'eschare, et tous ces procédés fort douloureux nous exposeraient, je crois, à voir une cicatrice irrégulière et difforme succéder à l'élimination des parties mortifiées. Il ne faut pas songer à l'extirpation par le bistouri; la tumeur étant diffuse et en communication large avec les vaisseaux de la région, le petit malade courrait les chances de succomber soit à une perte de sang, soit à une infection purulente; reste donc, Messieurs, l'ablation de l'angiome par la ligature. Je préfère comme plus sûre la ligature lente à la ligature extemporanée; je compte traverser la tumeur sur ses limites par deux épingles en croix et jeter derrière celles-ci un fil avec lequel j'exercerai sur les tissus une constriction suffisante pour supprimer toute arrivée du sang. Dans une huitaine de jours la tumeur mortifiée se détachera, et nous n'aurons, je crois, au niveau du bord cutané de la lèvre, qu'une légère encoche qui avec le temps disparaîtra presque complétement. Les vaisseaux afférents et efférents n'étant pas sensiblement dilatés, j'espère que nous n'aurons pas de récidive, et nous sommes à peu près certains, en employant ce procédé, d'éviter à la fois et l'hémorrhagie et l'infection purulente (1).

Un seul des procédés permettant d'enlever la tumeur en une seule séance pourrait être employé avec avantage, c'est

(1) L'opération fut faite comme l'avait indiqué M. Labbé; huit jours après, la tumeur se détacha sans hémorrhagie, et la cicatrisation se fit sans accident.

celui qui consisterait à circonscrire la base de l'angiome avec l'anse du galvano-cautère portée au rouge sombre, mais mon expérience est encore limitée sur ce point (1).

(1) Depuis cette époque, M. Labbé a eu l'occasion d'enlever plusieurs tumeurs érectiles volumineuses à l'aide du galvano-cautère. Dans tous les cas, le succès a été complet.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

DES GOITRES.

Des diverses variétés de tumeurs du corps thyroïde. — Goîtres suffocants. — Goître kystique.

MESSIEURS,

Je vous ai dit dans une de nos dernières réunions que l'usage voulait qu'on désignât sous le nom générique de grenouillettes les diverses variétés de kystes situés au niveau du plancher de la bouche; c'est pour se conformer au même principe qu'on entend par *goîtres* toutes les tumeurs développées aux dépens de la glande thyroïde, quelle que soit leur structure intime. Le malade qui est couché au n° 3 de notre salle vous offre un bel exemple de goître kystique et peut servir de modèle à la description que je veux vous donner de cette maladie.

C'est un homme de quarante-six ans, d'une constitution robuste en apparence et dont la santé générale a toujours été excellente. Il vient réclamer nos soins au moins autant pour une affection trachomateuse des paupières que pour sa tumeur du cou, mais je n'insisterai pas aujourd'hui sur cette blépharite granuleuse qui cependant mérite bien d'attirer notre attention et dont nous nous occuperons prochainement.

Dès l'âge de dix-huit ans environ, le malade portait à

la partie médiane du cou, en avant de la trachée, une petite tumeur du volume d'une noix pour laquelle, paraît-il, on l'aurait réformé. Cette tumeur, absolument indolente en elle-même, déterminait une gêne notable de la respiration et était considérée par le malade comme la cause d'une toux qui ne le quittait pas, quoiqu'elle fût peu fréquente.

Cet homme ne peut nous rendre compte d'une façon intelligente de la marche suivie par la tumeur dans son accroissement; nous ne comprenons de toutes ses explications qu'une seule chose, c'est que la tumeur a notablement augmenté de volume au mois de juin dernier. Aujourd'hui elle est grosse comme une orange d'assez fortes dimensions et occupe toute la région sous-hyoïdienne ainsi que la région sterno-mastoïdienne du côté gauche.

La tumeur a pour limite, en haut, une ligne horizontale qui, partant de la saillie antérieure du cartilage thyroïde, aboutirait en dehors au bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche. En bas, elle atteint presque l'articulation sterno-claviculaire gauche et la fourchette sternale dont elle n'est séparée que par un intervalle d'environ 1 centimètre et demi.

En dedans, elle recouvre en totalité la trachée et remplit ainsi en grande partie l'espace sous-hyoïdien, surtout en bas et dans la portion rétrécie de cet espace. En dehors, elle dépasse d'environ 2 centimètres le bord postérieur du sterno-mastoïdien pour empiéter sur la région sus-claviculaire.

La surface de la tumeur est lisse et ne présente ni irrégularités, ni bosselures; la peau partout mobile n'est nulle part tendue et a conservé sa coloration normale. La tumeur est bridée par le muscle sterno-cleido-mastoïdien

gauche qui la croise obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; il est difficile de préciser ses connexions profondes, mais elle jouit d'une certaine mobilité latérale, tandis qu'elle suit le larynx dans ses mouvements d'ascension sans toutefois s'élever et s'abaisser autant que lui. Sa consistance est celle d'une tumeur liquide, fluctuante, médiocrement tendue et dont les parois, autant qu'on en peut juger, présentent une certaine épaisseur. Il faut tenir compte cependant de la présence des muscles sous-hyoïdiens et du sterno-mastoïdien en avant de la production morbide.

En examinant la consistance de la tumeur, on sent, si l'on déprime celle-ci fortement vers son bord interne, qu'il existe profondément une masse solide en rapport avec la trachée qui se trouve légèrement déviée à droite.

La région cervicale n'est le siége d'aucun élancement, et l'exploration de la tumeur n'est nullement douloureux, mais le malade éprouve une gêne très-notable de la déglutition. Les boissons et les aliments semblent arrêtés au niveau de la portion supérieure de l'œsophage par un obstacle qu'ils ne peuvent souvent franchir qu'après une contraction supplémentaire des muscles constricteurs du pharynx.

La voix est naturelle et la respiration libre, mais le malade a souvent une petite toux sèche qui le préoccupe. La tumeur n'est le siége d'aucun battement, et l'auscultation ne nous y fait pas percevoir de souffle; elle ne paraît pas gêner la circulation, les jugulaires externes sont à peine visibles, il n'y a point de réseau veineux apparent dans la région cervicale; le malade n'éprouve aucun symptôme qui puisse être rapporté à un trouble de la circulation cérébrale.

Ce malade, Messieurs, est atteint d'un véritable goître, c'est-à-dire d'une tumeur du corps thyroïde ; nous verrons tout à l'heure sur quels signes s'appuie ce diagnostic et nous chercherons comment on peut déterminer la variété à laquelle appartient la tumeur.

Certains auteurs ont étendu outre mesure le sens du mot goître et en ont fait un synonyme de tumeur de la région antérieure du cou ; c'est ainsi que Larrey décrivait sous le nom de goîtres lymphatiques, squirrheux, les tumeurs siégeant dans les glandes lymphatiques du cou et laissant presque toujours intacte, suivant lui, la glande thyroïde. L'expression de bronchocèle employée par Celse et les auteurs anciens et signifiant à proprement parler hernie de la trachée, celle de struma qui semble indiquer que les tumeurs du corps thyroïde ne sont qu'une manifestation de la diathèse scrofuleuse, nous paraissent essentiellement vicieuses. On ne doit entendre par goîtres que les tumeurs ou les tuméfactions du corps thyroïde.

La division des tumeurs du corps thyroïde en *tumeurs solides* et en *tumeurs liquides* me semble, Messieurs, devoir être adoptée, quoique souvent la distinction entre les unes et les autres soit cliniquement difficile à établir ; quant aux *tumeurs gazeuses*, si je vous en dis ici quelques mots, c'est parce qu'on les a décrites et pour vous signaler l'existence dans la région cervicale de quelques tumeurs aériennes qui n'ont en réalité que des connexions de voisinage avec le corps thyroïde et qu'il ne faut pas confondre avec de véritables goîtres.

Le *goître aérien*, que Larrey désigne sous le nom de goître pneumo-guttural et auquel s'applique parfaitement l'expression de bronchocèle, n'est le plus souvent, à propre-

ment parler, qu'une tumeur emphysémateuse développée à la partie antérieure du cou dans l'espace limité en haut par l'os hyoïde, en bas par la fourchette sternale et latéralement par le bord des muscles sterno-cleido-mastoïdien. Je fais abstraction ici des emphysèmes qui se propagent du médiastin à la région cervicale, pour ne parler que des tumeurs limitées à l'espace précédent et nées sur place ; celles-ci succèdent très-probablement à une rupture de la muqueuse trachéale ainsi que des ligaments intercartilagineux et au passage de l'air dans le tissu cellulaire qui entoure le conduit. Je ne connais point d'autopsies qui puissent prouver l'exactitude de cette interprétation des faits cliniques, mais celle-ci est rationnelle et généralement acceptée.

Ménière a rapporté plusieurs exemples de ces goîtres aériens qu'il a vu survenir chez trois femmes primipares pendant l'accouchement, et chez un hydrophobe qui se livrait à de violents efforts expiratoires. Dans les trois premiers cas, aucune des malades ne s'est aperçue de l'accident, aucune n'a ressenti de douleur dans la poitrine ni dans la trachée. La tumeur rapidement accrue a causé à peine un peu de gêne ; elle n'a pas envahi le visage et s'est bornée à occuper la plus grande partie de l'espace compris entre les sterno-mastoïdiens ; le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement il n'en restait plus de trace.

Olivier (d'Angers) observa également une tumeur rappelant le goître par sa forme et par son siége et qui était apparue brusquement à la suite du renversement de la tête en arrière. Cette tumeur assez volumineuse augmentait pendant les efforts et produisait une vive anxiété ; elle disparut spontanément au bout de quelques jours.

Nous devons à Larrey quelques renseignements curieux sur ces tumeurs aériennes qu'il observa particulièrement en Égypte chez les aveugles dont le nombre est si considérable en ce pays, et qu'on emploie à chanter les versets du Coran, aux chapiteaux des minarets. D'après cet auteur, « les tumeurs se développent principalement chez ceux qui ont chanté les heures pendant quelques années, et produisent des poches semblables à celles qui se forment sous la mâchoire des singes lorsqu'ils veulent y recéler et conserver quelques aliments; aussi pour que leur voix ne se perde pas dans ces vésicules ou poches celluleuses, qui ne paraissent souvent qu'à l'instant où ils commencent leurs exercices, les crieurs d'Égypte sont-ils obligés de se comprimer le cou ou la gorge avec un grand collier de carton rempli de toile. »

Larrey depuis son retour d'Égypte vit aussi deux sous-officiers, anciens instructeurs « dont l'un portait aux deux côtés du larynx, deux tumeurs ayant chacune la forme et la grosseur d'une pomme et n'offrant presque pas de différence entre elles. Ces tumeurs étaient tendues, sans changement de couleur à la peau, bosselées, crépitantes lorsqu'on les pressait sous les doigts et tout à fait indolentes. Ces deux sujets étaient frappés d'aphonie et ils ne pouvaient se faire entendre, encore à voix basse, qu'en comprimant leurs goîtres avec leurs mains; ils ne pouvaient respirer non plus un peu librement que la bouche ouverte ». « Ces instructeurs, ajoute Larrey, s'étaient trouvés dans le même cas que les crieurs des mosquées; ils avaient été pendant de longues années, obligés de démontrer également, à très-haute voix, la manœuvre des armes et tous les éléments de l'art militaire ou du métier du soldat. »

Chez ces deux malades, la compression fit disparaître les

tumeurs, mais seulement au bout de cinq à six semaines.

Pour Larrey, le goître pneumo-guttural n'est pas le fait d'une rupture de la trachée et de l'infiltration de l'air dans la région cervicale, mais une tumeur formée par la hernie de la muqueuse laryngo-trachéale, soit entre les grandes cornes de l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, soit à travers les interstices du cricoïde et du premier anneau de la trachée. Cette opinion, quelque invraisemblable qu'elle puisse paraître, est celle qu'ont émise les auteurs allemands qui se sont occupés de la question : Richter, P. Franck, Schmalz, Heidenreich. Ces pathologistes ne se sont pas cependant montrés exclusifs et ont admis également la possibilité d'une rupture de la muqueuse entre les cartilages du larynx ou entre les anneaux trachéaux. Heidenreich va même plus loin et pense que les anneaux peuvent se laisser dilater; il a publié en outre une observation qui tendrait à prouver que les parois d'un kyste aérien peuvent être formées par la substance même du corps thyroïde.

Ce dernier fait, Messieurs, me semble avoir besoin de démonstration et je comprends difficilement comment l'air pourrait se creuser une cavité dans un tissu aussi dense que celui du corps thyroïde. Je repousse donc sous toute réserve l'existence de véritables goîtres aériens, n'entendant pas, je vous l'ai dit, appliquer le nom de goître à toutes les tumeurs qui siégent au voisinage de la glande thyroïde.

Parmi les tumeurs du corps thyroïde devons-nous comprendre la *thyroïdite* que l'on a encore appelée *goître aigu?* Oui, si nous rangeons parmi les tumeurs les tuméfactions inflammatoires; non, si nous attachons au mot tumeur un sens plus restreint. Quoi qu'il en soit, Messieurs, je vous

dirai quelques mots de l'inflammation du corps thyroïde, car si elle peut envahir la glande lorsqu'elle est saine, elle constitue également une complication sérieuse de tous les goîtres, hypertrophiques ou kystiques, et à ce titre sa description nous intéresse au plus haut point. La thyroïdite était mal connue et surtout vaguement décrite avant l'excellent mémoire de Bauchet; ce chirurgien a fort justement établi que l'inflammation s'emparait tantôt d'un corps thyroïde sain, tantôt d'un goître préexistant, à quelque variété qu'il appartienne.

C'est surtout chez la femme avant l'époque de la ménopause et pendant la grossesse que se développe l'inflammation du corps thyroïde sain; il est probable qu'il se produit alors dans la glande une fluxion analogue à celle de la mamelle, fluxion pouvant aller parfois jusqu'à l'inflammation et à la suppuration.

Le début de la maladie est le plus souvent brusque et son premier symptôme est alors une douleur bien limitée au corps thyroïde et qu'exaspèrent la moindre pression ou les mouvements de la tête, ainsi que la phonation, la déglutition, c'est-à-dire les actes qui exigent un déplacement de la trachée; aussi les malades fléchissent-ils légèrement la tête afin de relâcher les muscles sous-hyoïdiens qui brident le corps thyroïde et lui font subir une compression douloureuse lorsque le cou est dans l'extension. En même temps survient une fièvre souvent intense avec son cortége habituel de symptômes généraux, céphalalgie, inappétence, soif, etc. Si nous supposons à la maladie une marche rapide, il survient au bout de douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures, une tuméfaction qui peut occuper la totalité du corps thyroïde ou seulement un de ses lobes, suivant que l'inflammation est générale ou partielle. Cette

tuméfaction constitue bientôt une véritable tumeur qui suit le larynx dans ses mouvements d'ascension et de descente et remplit l'espace compris entre les muscles sterno-mastoïdiens. Comme tous les goîtres, la tumeur peut s'engager sous ces muscles et faire saillie dans l'un ou l'autre des creux sous-claviculaires; elle grossit rapidement et acquiert un volume qui varie depuis celui d'un œuf jusqu'à celui du poing. A sa surface, la peau est lisse et tendue, mais habituellement sa coloration reste normale, à moins que la maladie ne se termine par suppuration.

Dans certains cas, la thyroïdite affecte une *marche subaiguë*, les symptômes généraux sont moins graves, et la tumeur se développe plus lentement, sans causer des douleurs aussi vives. Dans la thyroïdite *aiguë* au contraire la tumeur paraîtrait, d'après Bauchet, dès le second ou le troisième jour, elle grossirait du troisième au cinquième ou sixième jour et la maladie durerait en général un ou deux septénaires. La terminaison serait d'autant plus heureuse que la thyroïdite aurait marché plus vite; dans ce cas, toute tuméfaction disparaîtrait du quinzième au vingtième jour, et ce serait là la terminaison par résolution qui est assez fréquemment observée. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi : à la thyroïdite subaiguë succède souvent un goître hypertrophique et il n'est pas non plus très-rare de voir l'inflammation aiguë ou subaiguë aboutir à la suppuration. Si la maladie marche vers cette terminaison, la fièvre ne tombe pas aussi promptement, les symptômes généraux s'aggravent, des frissons apparaissent, la peau rougit et la tumeur devient fluctuante. Si une incision pratiquée à temps ne prévient pas les complications qui peuvent survenir, le pus peut se faire jour dans le tissu cellulaire péritrachéal et fuser en suivant le conduit aérien et les gros

vaisseaux ou séjourner dans des clapiers plus ou moins vastes où il s'altère et donne lieu à des accidents de septicémie. Parfois le corps thyroïde disparaît pour ainsi dire entièrement et à sa place existe une sorte de poche pleine de pus et de gaz dont l'oblitération se fait longtemps attendre : enfin la richesse du corps thyroïde en plexus veineux doit faire craindre le développement de phlébites, quoique cette complication n'ait été notée par Bauchet dans aucun des cas qui lui ont servi à tracer le tableau de la thyroïdite.

Vous le voyez, Messieurs, la thyroïdite est une maladie une, bien définie, dont le diagnostic est assez facile et que, grâce à son siége aisé à déterminer, on ne peut guère confondre avec une adénite, un phlegmon du cou, etc. Son pronostic est en général bénin lorsque l'inflammation est franche; quand une phlegmasie aiguë est au contraire entée sur un goître hypertrophique préexistant, on ne peut prévenir que rarement la formation du pus et l'on peut avoir à redouter des accidents asphyxiques des plus sérieux, accidents dont je vous entretiendrai bientôt en vous parlant des goîtres dits suffocants.

Si l'on en excepte les néoplasmes qui comme le carcinome ou le sarcome peuvent avoir pour siége le corps thyroïde ainsi que tous les organes, on peut dire que les altérations anatomiques qui constituent la grande majorité des goîtres solides ou liquides dérivent de la structure intime de la glande, de même qu'au point de vue clinique, le siége, la forme et les rapports du corps thyroïde nous rendent compte de presque tous les symptômes des goîtres. Ces symptômes sont surtout le fait de la compression qu'exerce sur des canaux dont l'importance est extrême un

organe qui peut atteindre de grandes dimensions et se trouver gêné dans son développement morbide par les sangles musculaires qui le brident en avant, ou par le contour supérieur de la cage thoracique.

Le corps thyroïde est en effet situé dans la région cervicale antérieure, en avant de la trachée à laquelle il est uni par des adhérences fibreuses et vasculaires assez résistantes pour qu'il suive dans tous ses mouvements le tube laryngo-trachéal, et ses rapports sur les côtés avec le faisceau vasculo-nerveux formé par la carotide primitive, la veine jugulaire interne, le grand sympathique et le pneumo-gastrique, peuvent être également regardés comme très-intimes, surtout lorsque la glande est suffisamment développée. En avant, le corps thyroïde est séparé de la peau par les muscles sous-hyoïdiens et des feuillets aponévrotiques et il est recouvert par de riches plexus veineux; en arrière et latéralement, ses lobes viennent au contact de la partie inférieure du cartilage thyroïde et du pharynx et touchent un peu à la portion supérieure de l'œsophage. La glande est le plus souvent formée de deux lobes latéraux tantôt intimement unis sur la ligne médiane et à peine distincts, tantôt joints l'un à l'autre par une portion rétrécie portant le nom d'isthme, qui quelquefois peut manquer et se trouver remplacée par une simple bride celluleuse. Morgagni a cité des exemples de séparation complète des deux lobes et Burns a vu l'isthme passer entre la trachée et l'œsophage; on comprend la gravité des accidents qui auraient pu résulter de cette dernière disposition, si la portion médiane de la glande s'était tuméfiée.

Il est important de se rappeler, Messieurs, qu'indépendamment de ses deux lobes, le corps thyroïde présente parfois des prolongements ou appendices qui se dirigent

dans des directions diverses; celui qu'on observe le plus fréquemment part de l'isthme et atteint soit l'os hyoïde, soit le bord supérieur du cartilage thyroïde seulement; on le connaît sous le nom de pyramide de Lalouette; en général vertical et médian, il peut être dévié latéralement; tantôt il est plus large à sa base qu'à son sommet et en continuité de tissu avec la glande, tantôt, au contraire, il est renflé à son extrémité libre et presque indépendant du corps thyroïde auquel le relient seulement quelques tractus celluleux; il constitue de la sorte un lobule accessoire qui peut devenir isolément le siége de dégénérescences diverses et constituer un goître partiel. Ces lobules accessoires, plus ou moins indépendants des lobes principaux, ne sont pas très-rares, on peut les rencontrer au voisinage du pharynx et de l'œsophage, ou au-dessous du bord inférieur de la glande.

Béraud a cherché à établir que, suivant une loi qu'il appelle la *loi de diffusion*, il peut exister, à une distance plus ou moins grande des parenchymes glandulaires tels que le foie, la rate, etc., de petits corps ayant la même structure que la glande principale et formant de véritables satellites. C'est ainsi qu'il a montré à M. Houel qui a rapporté le fait dans sa thèse, trois petits corps détachés de la glande thyroïde; l'un d'eux était situé au-dessus de la pyramide de Lalouette, ne tenait à son sommet que par une mince couche de tissu cellulaire et se cachait sous l'os hyoïde.

La connaissance de cette loi de diffusion peut éclairer singulièrement le diagnostic de certaines tumeurs du cou et nous expliquer les accidents graves liés au siége de quelques goîtres à marche spéciale.

Je serai bref, Messieurs, au sujet de la structure du corps

thyroïde, mais je dois ici vous la rappeler en peu de mots. Cet organe appartient à la classe des glandes vasculaires sanguines. La glande est essentiellement constituée par un *stroma fibreux* composé de faisceaux de tissu conjonctif entrecroisés, auxquels se mêlent quelques fibres élastiques et vers la périphérie de rares vésicules adipeuses; ce stroma se condense sur les limites de l'organe en *membrane d'enveloppe*. Disséminées au milieu de cette gangue conjonctive se trouvent un grand nombre de *vésicules glandulaires* qui, par le fait de l'épaississement des travées fibreuses qui les séparent, se groupent de façon à former des lobes, puis des lobules. Ces vésicules sont closes de toutes parts et sphériques d'après Kœlliker ; pour Virchow elles seraient en connexion les unes avec les autres, et présenteraient des prolongements ramifiés. Malgré les dénégations de quelques auteurs, on peut admettre qu'elles ont une paroi propre formée par une membrane homogène, amorphe, fine et transparente qui répond en dehors au tissu fibreux du stroma et dont la face interne est tapissée, selon Kœlliker, par une simple couche de cellules épithéliales polygonales finement grenues et contenant, outre un noyau simple, un liquide transparent, visqueux et fortement albumineux. Pour Virchow, ces cellules ne constituent pas un revêtement épithélial à la face interne des vésicules, mais elles remplissent celles-ci presque en totalité; les vésicules contiennent aussi, même à l'état sain, une matière gélatineuse qui ne serait, d'après l'auteur allemand, qu'un état particulier de l'albumine et qui se présente sous forme d'une substance amorphe et homogène ou légèrement granulée. Cette substance gélatineuse, incolore ou légèrement jaunâtre, un peu filante et visqueuse, répondrait à ce que Laennec a désigné sous le nom de matière colloïde.

Le corps thyroïde est un organe extrêmement vasculaire; le sang artériel lui est apporté par quatre vaisseaux d'assez forts calibres, les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures, et parfois l'isthme de la glande reçoit même une artère supplémentaire, la thyroïdienne de Neubauer, qui naît directement de l'aorte. Toutes ces artères se divisent et se subdivisent à l'infini pour s'anastomoser entre elles, pénètrent dans le stroma et envoient finalement leurs plus fines ramifications aux vésicules. Quant aux veines, elles sont peut-être encore plus nombreuses que les artères et aboutissent à un réseau qui recouvre toute la face antérieure de la glande.

A l'aide de ces données anatomiques, Messieurs, rien ne vous sera plus facile que de comprendre la nature des diverses altérations qui constituent la grande majorité des goîtres; les nombreux auteurs qui se sont occupés de cet important sujet ont imposé les dénominations les plus variées et presque toujours les plus impropres aux tumeurs du corps thyroïde; afin d'éviter toute obscurité, je m'abstiendrai d'insister ici sur une synonymie qui n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt purement historique et qui, par contre, me semble de nature à porter la confusion dans votre esprit.

On peut entendre par goître, je vous l'ai dit, non-seulement toutes les tumeurs, mais encore toutes les tuméfactions du corps thyroïde; or la glande présente souvent, chez les femmes surtout, un volume simplement exagéré qui permet de distinguer d'une façon plus nette ses deux lobes latéraux. On dit vulgairement de ces malades, qu'elles ont le *cou plein*. La tuméfaction uniforme de la glande est alors souvent le fait d'une simple distension des vésicules

par cette matière colloïde dont je vous ai parlé; c'est ce que Virchow appelle le *goître gélatineux*.

Cette distension des vésicules par la matière colloïde peut coexister avec un grand nombre d'autres lésions et appartenir par conséquent à plusieurs variétés de goîtres; Virchow semble la considérer comme la lésion fondamentale en quelque sorte du plus grand nombre des goîtres et si, suivant lui, elle peut ne donner lieu qu'à des tuméfactions de médiocre volume, de très-grosses tumeurs peuvent également être gélatineuses. La surface du goître est lisse et unie ou plus ou moins inégale; la tumeur est dure ou quelquefois un peu pâteuse, elle se développe lentement, sans douleur et peut occuper une surface très-étendue, lorsque le corps thyroïde est pris en totalité, ce qui est fréquent. Sur une coupe on voit des espaces grands ou petits remplis d'une gelée jaunâtre; les vésicules distendues par la matière colloïde sont comprimées les unes contre les autres et leurs formes sont susceptibles de modifications diverses.

Les vaisseaux contenus dans le stroma se trouvent comprimés et peuvent disparaître; quant aux vésicules, elles communiquent quelquefois par le fait de la résorption de leurs parois et forment alors un ou plusieurs grands kystes renfermant des masses gélatineuses grosses comme des noisettes ou même plus volumineuses encore, et non plus seulement de petites granulations; on y trouve en outre de la graisse, des débris de cellules en régression, des parties crétifiées, des cristaux de cholestérine, etc. Puis la matière colloïde peut se liquéfier complétement, et vous voyez ainsi comment à des goîtres gélatineux peuvent succéder de véritables kystes sur lesquels je reviendrai dans quelques instants.

Dans d'autres cas, Messieurs, non-seulement le nombre des cellules des vésicules augmente par scission, mais en quelques points les vésicules elles-mêmes se divisent et se multiplient. Ces altérations répondent au *goître hyperplasique folliculaire* (*ou vésiculaire*) de Virchow, auquel j'emprunte les éléments de cette description. Tantôt alors le corps thyroïde grossit uniformément, tantôt au contraire ce sont simplement des lobes ou des lobules qui deviennent le siége du travail irritatif, aussi les tumeurs sont-elles parfois lobulées et inégales.

On peut distinguer deux variétés de goîtres hyperplasiques, suivant les éléments qui subissent les modifications les plus prononcées. Dans la première, ce sont surtout les vésicules dont le volume augmente et celles-ci peuvent former de petites nodosités de la grosseur d'un pois, pleines d'un tissu gris jaunâtre, humide et mou; ces vésicules sont souvent enkystées, c'est-à-dire circonscrites par du tissu conjonctif plus dense qu'à l'état normal; leur contenu visqueux peut être limité par les cellules appliquées à la face interne de la paroi.

Cette variété de goître est nommée par Virchow *goître glandulaire mou* et répond à ce que certains auteurs ont nommé goître glandulaire enkysté.

Si le stroma de la glande est au contraire le siége de l'hyperplasie, s'il survient une véritable sclérose du corps thyroïde, le *goître* sera *fibreux* et les vésicules pourront alors se trouver comprimées ainsi que les vaisseaux, au point de disparaître complétement; à l'œil nu, la tumeur présentera un aspect squirrheux. Les goîtres fibreux sont généralement partiels et forment de gros lobes; ils peuvent coïncider avec les goîtres glandulaires enkystés qui sont souvent le point de départ de ce processus scléreux débu-

tant autour d'une certain nombre de vésicules distendues par la matière colloïde, vésicules qui finissent par être étouffés par le tissu conjonctif.

Enfin, Messieurs, il me reste à vous parler du *goître vasculaire*, pour avoir terminé ce résumé des travaux modernes d'anatomie pathologique, résumé que je me suis efforcé avant tout de rendre clair. La richesse du corps thyroïde en vaisseaux doit vous faire présumer que ceux-ci ne peuvent pas rester indemnes au milieu des lésions du parenchyme glandulaire proprement dit, et nous avons vu que dans les goîtres gélatineux d'un certain volume ainsi que dans les goîtres fibreux, ils se trouvaient parfois comprimés au point de disparaître presque complétement. Il n'en est pas cependant toujours ainsi, et dans un grand nombre de goîtres les vaisseaux artériels et veineux sont dilatés.

Quelquefois le corps thyroïde devient simplement, sous certaines influences, le siége d'une circulation plus active et ce mouvement congestif a pour effet de donner lieu à une tuméfaction très-appréciable, mais celle-ci essentiellement temporaire ne mérite pas en réalité le nom de goître; il n'y a là qu'une *turgescence éphémère* de la glande, sans altération ni des parois vasculaires, ni des vésicules, ni du stroma. La turgescence du corps thyroïde qui survient fréquemment à l'époque de la menstruation, peut cependant rester permanente et devenir l'origine de véritables lésions parenchymateuses.

Dans d'autres cas, à la suite d'efforts violents, la turgescence peut être portée à son maximum, et il se produit alors une rupture de quelque vaisseau dans un point quelconque du corps thyroïde. Bach, de Strasbourg, qui a décrit avec soin cette *apoplexie thyroïdienne*, a eu l'occasion d'exa-

miner sur le cadavre quelques foyers hémorrhagiques ainsi formés au milieu de tissus sains; il a constaté qu'ils pouvaient atteindre le volume d'une noisette ou même celui d'une noix. Un tissu cellulaire dense en formait les parois et ils contenaient des caillots sanguins plus ou moins décolorés. Il lui a même semblé voir un certain nombre de vésicules détruites ou plus ou moins déformées. Le sang extravasé peut disséquer pour ainsi dire un lobule qui se trouve ainsi emprisonné au milieu de l'épanchement; il subit toutes les altérations des noyaux apoplectiques en général et ces foyers hémorrhagiques sont susceptibles de constituer, au bout d'un certain temps, de véritables kystes par suite du tassement des faisceaux de tissu conjonctif qui finissent par constituer une membrane lisse sur laquelle on observe encore çà et là des taches couleur de rouille provenant de la matière colorante du sang. Quelquefois aux déchirures du tissu glandulaire produites par les extravasations sanguines succèdent des cicatrices formées par un tissu inodulaire qui, en se rétractant, étouffe à la fois vaisseaux et vésicules et qui serait même capable, d'après Bach, de déterminer la compression du larynx et de la trachée; la membrane d'enveloppe qui s'attache à l'os hyoïde et aux apophyses transverses des vertèbres cervicales ferait dans ce cas l'office de cordes tendues par les brides fibreuses qui émanent de l'îlot cicatriciel. A l'appui de cette opinion Bach cite deux observations qui me paraissent concluantes.

Dans l'une d'elles, nous voyons qu'un goître de la grosseur d'un œuf de dinde s'était développé en peu de jours chez une femme de cinquante-six ans, puis semblait avoir diminué; la tumeur était devenue dure, on n'y sentait aucune fluctuation. Dans les dernières années de la vie, le goître était

tout à fait immobile, il adhérait au larynx et gênait à la fois la respiration et la déglutition.

A l'autopsie, on reconnut ces adhérences; des brides se portaient vers l'os hyoïde et vers les cornes du cartilage thyroïde, d'autres brides paraissant la continuation de la membrane d'enveloppe se portaient vers les apophyses transverses. Dans le centre de la tumeur se trouvait un noyau apoplectique passé à l'état de tissu de cicatrice d'où partaient les brides fibreuses.

Bach croit que ce sont des goîtres de ce genre que les auteurs, et parmi eux Fodéré, ont décrits comme se développant en arrière, au lieu de se développer en avant.

Je vous ai dit, Messieurs, que dans certains goîtres hypertrophiques le calibre des petits vaisseaux peut être augmenté, mais la dilatation vasculaire n'a souvent alors qu'une importance secondaire; dans d'autres cas, au contraire, l'angiectasie constitue la lésion principale et quelques *goîtres* sont appelés avec raison *vasculaires*. Toutefois cette variété de tumeur du corps thyroïde a généralement été mal étudiée, ou plutôt les descriptions qu'en donnent les auteurs sont trop vagues pour qu'il soit possible de toujours bien saisir la nature des altérations anatomiques auxquelles correspondent les symptômes qui ont été notés. Walther a nommé *goîtres anévrysmatiques*, les tumeurs formées par une dilatation des artères du corps thyroïde, sans nier que l'ectasie puisse porter également sur les veines et sur les capillaires; l'expression nous paraît essentiellement vicieuse. Larrey a décrit les goîtres vasculaires en les considérant comme formés exclusivement par la dilatation anévrysmale des rameaux de l'artère thyroïdienne supérieure avant son entrée dans la glande, et voici un résumé des caractères cliniques qu'il

leur attribue. « La tumeur, suivant lui, paraît d'abord plus ordinairement sur l'un ou l'autre des côtés du cartilage thyroïde et tend ensuite à se développer au devant de ce cartilage et de la glande elle-même qui reste intacte ou plutôt dont l'atrophie survient insensiblement, déterminée par la seule compression qu'elle éprouve; aussi est-il rare qu'elle participe à la maladie. Lorsque cette tumeur a acquis un volume un peu considérable, elle prend une forme arrondie, elle est rénitente et douloureuse au toucher, et l'oreille entend dans son épaisseur un léger frémissement pulsatif, analogue à celui que nous observons dans l'anévrysme de Pott. Les artères carotides sont fortement dilatées, et les veines jugulaires constamment gonflées. Le malade a la voix rauque et sifflante et est sujet à des maux de têtes fréquents; la respiration est gênée. »

Ces tumeurs méritent-elles bien le nom de goîtres, si la dilatation porte uniquement sur les artères thyroïdiennes avant leur entrée dans la glande qui, d'après Larrey, participe rarement à la maladie et s'atrophie? Pour moi, je ne le pense pas, et ces goîtres anévrysmatiques ou vasculaires de Walther et de Larrey me semblent être tout simplement ce que l'on appelle aujourd'hui des tumeurs cirsoïdes; peut-être même, ainsi que le fait remarquer Bach, a-t-on pris pour des goîtres anévrysmatiques des tuméfactions causées par une congestion permanente du corps thyroïde, congestion qui peut céder au bout d'un certain temps au traitement indiqué par Larrey; je ne m'explique pas en effet l'efficacité de ce traitement contre de véritables dilatations artérielles, quand nous voyons aujourd'hui tous nos efforts échouer souvent contre les tumeurs cirsoïdes, et d'ailleurs si Larrey a guéri cinq ou six malades atteints de ces goîtres anévrysmatiques, tous les auteurs qui ont dé-

crit la maladie à peu près dans les mêmes termes que lui n'ont pas été aussi heureux, car Chélius considère le goître vasculaire comme incurable.

L'histoire des goîtres vasculaires est donc encore obscure, surtout si l'on veut s'en rapporter aux observations publiées par des auteurs déjà anciens, mais il faut admettre cependant que certains goîtres sont remarquables par la dilatation des vaisseaux contenus dans le stroma; l'ectasie porte principalement tantôt sur les artères, tantôt sur les veines souvent aussi les capillaires eux-mêmes sont dilatés sur certains points en forme d'ampoule ou présentent des culs-de-sacs latéraux.

Virchow appelle *goîtres variqueux* les tumeurs où la dilatation des veines est très-prononcée et s'étend non-seulement aux capillaires et aux petites veines parenchymateuses, mais encore aux troncs qui rampent au pourtour de la glande. Ecker les avait bien décrits sous le nom de goîtres vasculaires parenchymateux et avait déjà noté que les altérations peuvent être partielles et siéger seulement dans quelques lobules qui s'isolent du reste de la glande par une condensation du tissu conjonctif sur la limite des parties malades. Ecker a eu l'occasion d'examiner un de ces lobules, gros comme une cerise, et y a constaté l'intégrité des vésicules et de leur contenu; dans certains cas pourtant, les vésicules peuvent être distendues par la matière colloïde, et la dilatation vasculaire peut coïncider avec presque toutes les variétés de goître que je vous ai décrites; elle est fréquemment la cause d'extravasations sanguines.

Si l'angiectasie est quelquefois partielle, le plus souvent elle est générale, c'est-à-dire qu'elle envahit le corps thyroïde en totalité; la tumeur est alors pulsatile, animée de

battements expansifs dans une certaine mesure, et par l'auscultation on y perçoit un souffle continu à renforcements isochrones à la systole ventriculaire; son volume est variable et en rapport avec les autres altérations que présente la glande. Un type de goître vasculaire est celui qui a reçu le nom d'exophthalmique et qui constitue un des éléments de la maladie de Basedow. Dans les autopsies des individus qui ont succombé à cette affection, on a trouvé comme lésions du corps thyroïde un grand nombre de celles qui constituent les goîtres ordinaires; distension des vésicules par la matière gélatineuse, hypertrophie uniforme, kystes, foyers hémorrhagiques, etc. Toujours l'angiectasie était plus ou moins prononcée, tantôt les artères surtout étaient dilatées et sinueuses, tantôt les altérations portaient sur les veines.

Ecker a insisté sur la fréquence de l'incrustation calcaire des vaisseaux dans ces goîtres vasculaires; cette altération envahit soit seulement un lobule, soit toute la glande, et les capillaires qui la subissent peuvent finir par s'oblitérer en totalité; enfin je vous rappellerai que Virchow a décrit, après Beckmann, sous le nom de *goîtres cireux* ou *amyloïdes*, une variété de goître vasculaire où l'on rencontre des nodosités qui sur une coupe présentent une surface d'un rouge gris pâle et d'un aspect cireux.

Ces nodosités sont entourées d'une enveloppe de tissu connectif et contiennent encore parfois des vésicules saines ou remplies de substance colloïde, mais celles-ci sont le plus souvent étouffées par le stroma et par le lacis des vaisseaux dont les parois ont subi la dégénérescence amyloïde, comme les réactifs permettent de le constater. Nos connaissances actuelles sur le point de départ ordinaire de l'altération amyloïde au sein des parenchymes glandulaires

nous permettent de nous expliquer pourquoi ce sont les goîtres vasculaires qui subissent presque exclusivement cette induration cireuse.

J'ai déjà fait allusion, Messieurs, au siége anatomique et au mode de formation des kystes du corps thyroïde qui constituent les *goîtres cystiques* de certains anatomo-pathologistes, tumeurs que P. Frank appelait à tort faux goîtres.

Un kyste du corps thyroïde peut avoir pour origine un foyer hémorrhagique et, suivant Bach, un « blastème pathologique produit d'exsudation ou d'inflammation ». D'après Bach, la fibrine se sépare de la partie liquide et forme avec le stroma condensé la membrane d'enveloppe du kyste. Je mets en doute la justesse de cette dernière hypothèse et il est certain qu'une cavité succède rarement à la résorption d'un noyau apoplectique. La formation d'un îlot cicatriciel après une extravasation sanguine un peu considérable est la règle. La grande majorité des kystes a pour point de départ la distension primitive des vésicules par la matière colloïde qui plus tard se liquéfie, tandis que les cellules qu'elles contenaient subissent une dégénérescence graisseuse. Dans quelques cas, il semble que ces vésicules puissent être dilatées par un liquide simplement albumineux et non pas tout d'abord gélatineux.

Quoi qu'il en soit, ces vésicules en augmentant de volume s'adossent les unes aux autres, et le stroma au milieu duquel elles sont plongées, s'épaissit pour renforcer leurs parois, ou s'atrophie par le fait de la compression exercée sur lui. Les kystes sont en général primitivement multiples, mais les cloisons qui les séparent peuvent se résorber en partie ou en totalité, aussi voit-on tantôt des kystes uniloculaires formés par la réunion de plusieurs

vésicules, tantôt des cavités à plusieurs loges soit distinctes soit communiquant entre elles par des orifices plus ou moins larges.

D'après Bach, les kystes uniloculaires seraient les plus fréquents.

Dans les kystes multiloculaires du corps thyroïde, comme dans ceux de l'ovaire, presque toujours une des loges est plus vaste que les autres. Souvent un kyste se développe dans les parties centrales de la glande et ne devient superficiel que plus tard, lorsqu'il a atteint un certain volume et atrophié par compression les parties saines du parenchyme; il n'est pas rare de distinguer des espèces d'éperons qui font saillie dans sa cavité et représentent les vestiges des parois qui limitaient primitivement des loges distinctes.

La paroi d'un kyste est formée de tissu conjonctif et présente une épaisseur variable. Quelquefois mince au début, elle prend presque toujours plus tard une consistance très-grande et peut être décomposée artificiellement en de nombreux feuillets au milieu desquels on aperçoit des vésicules comprimées. De même que dans les kystes de l'ovaire avec lesquels ceux du corps thyroïde ont une certaine analogie, il peut exister sur la face interne de la paroi des végétations souvent très-proéminentes et contenant elles-mêmes des kystes; suivant Virchow, ces végétations ne seraient pas le résultat d'une prolifération du tissu conjonctif, mais seulement des portions du parenchyme glandulaire saillantes dans la cavité.

Je veux insister ici, Messieurs, sur une disposition anatomique qui jette le plus grand jour sur la marche des kystes du corps thyroïde; je veux parler des vaisseaux que contiennent les parois de ces tumeurs et qui souvent dilatés font saillie dans les cavités et peuvent y verser facilement

du sang lorsqu'ils viennent à se rompre sous une influence quelconque. La fréquence de ces ruptures vasculaires nous explique la coloration du liquide contenu dans les kystes dits hématiques. En l'absence de toute extravasation sanguine, le liquide que renferment les kystes du corps thyroïde est tantôt séreux et limpide, tantôt riche en graisse, en cholestérine et en granulations provenant des débris de cellules, au point de ressembler au contenu des tumeurs dites athéromateuses; toutefois les kystes du corps thyroïde franchement séreux sont rares et presque toujours on y trouve un liquide plus ou moins foncé, brunâtre, couleur chocolat; ces différences de coloration tiennent aux transformations que subit l'hématine provenant d'anciens épanchements sanguins; parfois même un kyste contient du sang rutilant presque pur, si, peu de temps avant la ponction ou l'incision de sa paroi, il s'est produit une hémorrhagie dans sa cavité. Il est rare, je le répète, que dans les goîtres cystiques un peu anciens le liquide ne soit pas plus ou moins hématique. Les *kystes dits hématiques* opposés aux *kystes séreux* peuvent être rangés à côté des hématocèles qui ne sont, je vous l'ai dit, que des hydrocèles modifiées ou plutôt des vaginalites hémorrhagiques.

De même que les parois des hématocèles de la tunique vaginale peuvent acquérir une épaisseur et une dureté considérables, de même celles des kystes du corps thyroïde revêtent avec le temps une consistance cartilagineuse, sans pour cela présenter les éléments figurés du cartilage que Bach avait cru cependant y découvrir. Bien plus, ces parois peuvent subir une crétification partielle ou totale, ce qui a fait donner à certains goîtres le nom de *goîtres osseux*, mais ceux-ci ne sont pas toujours kystiques et les concrétions calcaires infiltrent aussi les tumeurs fibreuses

et les goîtres amyloïdes en commençant dans ce dernier cas par envahir les vaisseaux.

Il existe dans la science, Messieurs, quelques exemples de *kystes hydatiques* du corps thyroïde, mais ils sont très-rares et cette variété de goître n'offre que peu d'intérêt; je crois que presque toujours on méconnaîtra l'existence des hydatides, vu l'absence de symptômes permettant de distinguer la tumeur d'un kyste ordinaire. Dans un cas, M. Nélaton ne fit le diagnostic de la maladie qu'après l'incision du kyste, d'où s'échappa avec du pus une multitude de poches hydatiques de différents volumes.

Je pourrais vous citer, Messieurs, quelques exemples de *goîtres congénitaux*, mais ils seraient peu nombreux. Ces tumeurs n'ont guère été observées que sur des enfants mort-nés ou sur des fœtus nés avant terme. Elles peuvent être assez volumineuses pour rendre l'accouchement difficile. Ce sont des goîtres colloïdes ou des kystes qui peuvent contenir du sang; dans une observation de M. Boucher, nous voyons que la tumeur occupait toute la partie antérieure du cou et avait le volume d'une grosse orange; elle était constituée par des kystes remplis d'un liquide brunâtre et de dépôts fibrineux; les parties solides étaient formées de tissu conjonctif embryonnaire contenant des îlots de cartilage et en certains points se trouvaient des fibres musculaires striées embryonnaires.

C'est à peine, Messieurs, si l'on doit ranger parmi les goîtres les *sarcomes* et les *carcinomes*, qui se développent dans le corps thyroïde comme dans toutes les glandes. Walther a cependant admis le goître carcinomateux. Toutes les variétés de sarcome ou de carcinome peuvent envahir le corps thyroïde et ces néoplasmes s'y présentent avec leur physionomie particulière, mais ces goîtres, malins en

quelque sorte, sont très-rares en comparaison de la fréquence des goîtres hyperplasiques ordinaires. Très-exceptionnellement aussi le cancer est *primitif*, il est le plus souvent *secondaire*; il envahit alors la glande, après s'être développé d'abord dans les ganglions lymphatiques voisins ou dans les parois de l'œsophage, ou bien il résulte de la généralisation du néoplasme dans l'économie; parfois ce n'est que tardivement que des goîtres hyperplasiques deviennent le siége d'une dégénérescence cancéreuse. Les tumeurs ont un volume et une consistance en rapport avec la nature des altérations. Le cancer occupe rarement la totalité de la glande, du moins au début; il s'accompagne d'engorgement ganglionnaire, adhère à la peau, à la trachée et à l'œsophage plus ou moins promptement, suivant la rapidité de sa marche; il peut ulcérer ces conduits ainsi que les téguments et même les vaisseaux carotidiens. En un mot, les goîtres malins se comportent comme les cancers ou les sarcomes et donnent lieu à des accidents qui dérivent et de la nature du néoplasme et du siége qu'il occupe, c'est-à-dire des rapports du corps thyroïde.

J'ai peu de chose à vous dire, Messieurs, de l'étiologie des goîtres; cette question est du ressort de la médecine, ainsi que l'histoire du crétinisme. Le goître hypertrophique ou goître commun gélatineux, cystique, etc., est le plus souvent *endémique* et s'observe surtout dans certaines contrées montagneuses; les auteurs sont loin d'être d'accord sur les conditions telluriques, atmosphériques ou autres dans lesquelles il se développe, mais vous avez sous les yeux la preuve que l'affection peut être sporadique, puisque notre malade en a été atteint à Paris où le goître est loin d'être fréquent, sans que nous puissions invoquer aucune

des causes sur lesquelles tant de discussions intéressantes se sont élevées. Vous voyez aussi que si les crétins sont bien souvent goîtreux, tous les goîtreux ne sont pas crétins, car notre malade jouit d'une intelligence parfaite comme d'une excellente santé.

Quelques observations, Messieurs, tendent à prouver que le goître peut être *épidémique*, et les faits sur lesquels s'appuie M. Nivet pour admettre cette variété nous paraissent probants. Le goître épidémique, signalé pour la première fois à la fin du siècle dernier par Charmeil, chirurgien militaire, et observé depuis par plusieurs auteurs, sévit principalement dans les garnisons. D'après M. H. Larrey, ce serait surtout chez les hommes de la campagne et récemment incorporés que surviendrait le gonflement du corps thyroïde; la constriction du cou par un col raide et souvent étroit, les marches forcées, les refroidissements pourraient être considérés comme jouant le plus grand rôle dans l'étiologie de la maladie. Les goîtres qu'on observe dans ces conditions nous paraissent être de simples thyroïdites, qui ne diffèrent de celles qu'a décrites Bauchet que par les conditions de leur développement et la bénignité de leurs symptômes. La plupart du temps le gonflement survient assez rapidement, mais il est modéré et ne s'accompagne ni de douleurs vives, ni de fièvre; sa durée moyenne est de huit jours et il ne se termine pour ainsi dire jamais par suppuration. En 1853, une épidémie de goîtres a été précédée d'une épidémie d'adénites.

Rangerons-nous, Messieurs, parmi les goîtres épidémiques, ces tuméfactions passagères du corps thyroïde, signalées par Percy d'abord, puis par quelques auteurs allemands, tout récemment, chez les jeunes filles réunies dans les écoles ou les pensionnats? Il nous semble plus rationnel d'attribuer,

avec M. Guyon, le développement de ces goîtres, non à une influence épidémique, mais à une congestion de la glande produite sous l'influence de la position prise et gardée longtemps par les sujets atteints.

L'influence de l'effort sur la congestion du corps thyroïde ne nous paraît pas douteuse, les observations de M. Guyon et de M. Hahn sont convaincantes; il y a donc lieu de tenir compte de ces données nouvelles dans l'étude de la pathogénie du goitre.

La plupart du temps, Messieurs, les goitres se développent lentement et d'une façon insidieuse, sans qu'aucun symptôme attire sur eux l'attention des malades, si ce n'est la tuméfaction qui apparaît dans la région antérieure du cou. Sans cause appréciable, insensiblement, le corps thyroïde grossit, tantôt uniformément, tantôt surtout d'un côté ou de l'autre. Les malades se sentent le cou à l'étroit dans leur col et s'aperçoivent qu'il devient de jour en jour plus volumineux, mais ils ne souffrent pas et s'ils ne redoutaient pas une difformité qui est considérée par le public comme un signe de scrofule ou comme liée à une certaine infériorité intellectuelle, ils se préoccuperaient fort peu de leur état.

Les femmes sont beaucoup plus sujettes au goître que les hommes, et ce sont elles surtout qui viennent nous trouver au début de la maladie dans les contrées où celle-ci est sporadique. Il faut sans doute faire intervenir ici la question de coquetterie, car là où il est endémique, le goître ne choque nullement les regards des gens du pays. Bien plus, la *grosse-gorge* constitue presque un avantage physique.

Récemment vous avez pu voir à la consultation une jeune femme, de vingt-cinq ans environ, qu'un goître au

début avait décidée à venir réclamer nos soins. Le cou n'était que peu déformé, toutefois le corps thyroïde était plus saillant qu'à l'état normal; on distinguait aisément les deux lobes de la glande qui montait et descendait avec le larynx pendant les mouvements de déglutition; leur consistance était normale; quelques veines apparaissaient sous une peau fine et transparente. La malade ne s'était aperçue que depuis peu de cette tuméfaction qui l'inquiétait sans provoquer ni douleur, ni gêne d'aucune sorte. Ce goître mettra peut-être vingt ans à acquérir un volume notable, mais peut-être aussi augmentera-t-il rapidement à un moment donné. Il pourra devenir vasculaire et augmenter temporairement de volume sous l'influence de la menstruation ou d'une grossesse, des kystes pourront se développer au sein du parenchyme glandulaire; enfin, des épanchements sanguins se produiront peut-être soit dans le stroma proprement dit, soit dans les vésicules dilatées et pleines de matière colloïde ou de liquide albumineux. Bref, nous sommes en droit de craindre que ce goître ne subisse quelques-unes des transformations que je vous ai signalées et ne devienne la cause d'accidents graves.

Si en effet la plupart des goîtres peuvent acquérir d'assez fortes dimensions, sans qu'il en résulte aucun trouble fonctionnel, dans certains cas pourtant la compression qu'ils exercent sur les conduits ou sur les vaisseaux qui traversent la région cervicale peut se traduire par des symptômes plus ou moins fâcheux. Notre malade attribue à sa tumeur la toux qui le tourmente depuis longtemps et il indique nettement que ses aliments semblent être arrêtés au niveau de la portion supérieure de l'œsophage. Ces troubles de la déglutition, causés par un goître, ne sont pas très-rares et s'expliquent par la compression que la

tumeur exerce sur l'œsophage; ici la dysphagie se conçoit d'autant mieux que c'est le lobe gauche de la glande qui est surtout affecté, et les dimensions de la tumeur sont telles que celle-ci fait saillie dans la région sus-claviculaire en dépassant par conséquent le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Suivant Burns, le lobe gauche du corps thyroïde serait souvent plus volumineux en cas de goître que celui du côté opposé; j'ai fait pour mon compte la même remarque, sans pouvoir cependant m'appuyer sur des observations précises.

Le malade n'accuse pas de céphalalgie et la circulation de l'encéphale et de la face ne paraît aucunement gênée, toutefois vous devez savoir que les tumeurs du corps thyroïde peuvent déterminer des accidents qui doivent être rapportés à la compression des veines jugulaires.

Enfin, dans le cas actuel la voix a son timbre normal et la respiration est libre, quoique la trachée soit déviée à droite; mais certaines variétés de goîtres, dont je dois vous parler, entraînent parfois de l'aphonie et des accès de suffocation assez violents pour nécessiter la trachéotomie.

Les rapports intimes du corps thyroïde avec la trachée nous permettent de comprendre, Messieurs, les déformations que le conduit aérien peut subir lorsqu'il est comprimé par un goître. Ainsi que Bonnet l'a parfaitement indiqué, la trachée est tantôt simplement déviée latéralement, comme chez notre malade, tantôt aplatie d'avant en arrière ou latéralement, enfin elle est parfois comme étranglée par la tumeur, lorsque celle-ci s'insinue entre elle et l'œsophage. Si l'on supposait le corps thyroïde susceptible de se développer librement en avant dans l'espace compris d'une part entre les sterno-mastoïdiens, de l'autre entre le sternum et la région sus-hyoïdienne, on ne comprendrait

pas bien comment la trachée pourrait se trouver comprimée par la glande, mais il faut tenir compte de la résistance qu'opposent à l'accroissement d'un goître le plan aponévrotique et le plan musculaire de la région. Les muscles sous-hyoïdiens qui s'insèrent par leurs extrémités au sternum et à l'os hyoïde ou au cartilage thyroïde, forment une sangle qui applique fortement le corps thyroïde contre la colonne vertébrale lorsque la glande augmente de volume, et la trachée se trouve ainsi comprimée d'avant en arrière. D'autre part, si l'un des lobes de la glande prend un accroissement considérable, il pénètre dans la région sterno-mastoïdienne correspondante et la tumeur, refoulée par le muscle qui la recouvre, dévie latéralement la trachée. Enfin, si les deux lobes du corps thyroïde sont comprimés latéralement par les sterno-mastoïdiens et d'avant en arrière par les muscles sous-hyoïdiens, la trachée pourra se trouver aplatie par les deux tumeurs et perdre sa forme normale pour prendre celle d'un prisme triangulaire à base postérieure. Cette influence des muscles sur la déformation de la trachée a été parfaitement exposée par Bonnet.

Mais ce n'est pas tout, Messieurs, un goître peut se développer dans la direction de la cavité thoracique et venir s'enclaver sous le sternum ou sous l'extrémité interne de la clavicule; la trachée se trouvera dans ce cas fortement comprimée contre la colonne vertébrale, si elle ne se dévie pas latéralement; enfin cette compression du conduit aérien est parfois produite par un de ces lobules distincts du corps thyroïde et situés dans son voisinage qui, nous l'avons vu, ne sont pas extrêmement rares et peuvent en s'hypertrophiant former de véritables goîtres. Ceux-ci ont même été observés indépendamment de toute altération de la

portion principale de la glande, et l'on conçoit que s'ils ne font aucune saillie au-dessus du sternum, le diagnostic de la cause des accidents de suffocation doit se trouver forcément entouré des plus grandes difficultés.

Les troubles de la respiration que produit un goître varient suivant le degré de compression exercée sur la trachée et suivant la rapidité avec laquelle cette compression s'établit. Tous les goîtres en quelque sorte peuvent donner lieu à des accidents dyspnéiques, que la tumeur soit gélatineuse, kystique ou cancéreuse, et ils méritent alors le nom de *suffocants* qui leur a été imposé dans ces cas. Les goîtres appelés *sous-sternaux*, *goîtres en dedans*, *goîtres plongeants*, sont ceux qui rentrent le plus souvent dans cette catégorie; quant aux autres, je vous ai déjà indiqué les circonstances dans lesquelles ils compriment fortement la trachée; j'ajouterai que certains goîtres peuvent, ainsi que l'a montré M. Gosselin, devenir l'occasion d'une suffocation passagère, lorsqu'il se fait dans le stroma de la glande ou dans les vésicules dilatées un épanchement sanguin qui augmente subitement le volume de la tumeur; l'inflammation de celle-ci peut également donner lieu à des accidents de suffocation, soit en augmentant son volume, soit en aboutissant à la formation d'une collection purulente susceptible de s'ouvrir brusquement dans la trachée.

L'observation suivante, que j'emprunte au mémoire de Bauchet et qui appartient à M. Gosselin, est un exemple de goître kystique, à marche d'abord lente, qui a donné lieu plus tard à des symptômes de suffocation.

« Lala (Octavie), âgée de seize ans, entre le 18 mai 1855 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin; elle porte depuis dix-huit mois, sur la ligne médiane et au bas du cou, une grosseur qui pendant longtemps est restée in-

dolente et sans gêner la respiration, mais qui, depuis un mois, a augmenté rapidement de volume et est devenue douloureuse.

La tumeur est médiocre, paraît un peu moins grosse que le poing de la malade, et s'enfonce derrière le sternum, sans tendre notablement ou au moins d'une manière appréciable les sterno-mastoïdiens.

Quand la malade est couchée sur le dos et quelquefois quand elle est debout, la respiration est gênée, fréquente et accompagnée d'un bruit de souffle ou de cornage. Quand elle est couchée sur un côté et surtout la tête penchée en avant, la respiration est plus libre, la tumeur paraît fluctuante.

Une ponction exploratrice est faite et donne issue à un verre environ d'un liquide filant, de couleur brune, formé par un mélange de sérosité avec un peu de sang. La tumeur a complétement disparu après l'évacuation du liquide.

Injection iodée; suppuration; incision du kyste; guérison. »

Chez cette malade, Messieurs, la dyspnée était peu intense et diminuait dans certaines positions qui permettaient sans doute à la trachée d'échapper, dans une certaine mesure, à la compression; néanmoins la respiration s'accompagnait de ce bruit de cornage que semblent produire surtout les tumeurs sous-sternales qui aplatissent le conduit aérien d'avant en arrière. Lorsque celui-ci est simplement dévié latéralement, le bruit de cornage est plus rare et la dyspnée moins intense; ainsi ces symptômes font défaut chez notre malade qui se plaint seulement d'une petite toux sèche.

La toux, liée à la présence d'un goître comprimant la

trachée, a été notée ainsi que l'aphonie. Parfois la voix est uniquement modifiée dans son timbre qui devient rauque et la respiration peut n'être gênée que quand les malades, marchent un peu vite, montent les escaliers ou se livrent à quelque exercice violent. Bonnet et M. Gosselin considèrent la toux et la dyspnée comme pouvant résulter d'un emphysème pulmonaire ou d'un catarrhe bronchique. Peut-être la compression des nerfs pneumogastriques par la tumeur n'est-elle pas étrangère à tous ces accidents dyspnéiques qui aboutissent parfois à de véritables accès de suffocation.

Si le goître exerce une compression sur les nerfs du plexus brachial, le bras correspondant peut devenir le siége d'un engourdissement notable, ainsi que l'a signalé Bonnet.

Ces quelques détails suffisent pour vous donner une idée, je crois, précise de ce que l'on entend sous le nom de goître suffoquant. Heureusement la grande majorité des goîtres n'entraînent que peu de troubles de la respiration ou même ne produisent ni dyspnée, ni gêne de la déglutition, ni douleurs d'aucune sorte, du moins jusqu'au jour où la tumeur a acquis un certain volume.

Je vous ai dit, Messieurs, que le corps thyroïde pouvait subir pendant la grossesse une augmentation de volume plus ou moins considérable.

Ces tuméfactions de la glande sont souvent passagères et diminuent peu à peu après l'accouchement pour finir par disparaître entièrement, mais le volume et la marche de ces goîtres des femmes enceintes sont très-variables; ainsi, tantôt la glande grossit lentement, uniformément, sans provoquer ni douleurs, ni accidents d'aucune sorte, tantôt au contraire sa tuméfaction est rapide et le goître vraiment

suffocant peut causer la mort, comme dans le cas suivant rapporté par M. Tarnier :

« En 1861, écrit notre collègue, j'ai observé le fait suivant à l'hôpital des cliniques. Une primipare goîtreuse depuis longtemps vit sa tumeur du cou faire de rapides progrès pendant la grossesse ; au sixième mois la respiration devint très-difficile et de véritables accès de suffocation l'amenèrent à l'hôpital. Les accidents étaient si menaçants à la fin du huitième mois, que je fus obligé de provoquer l'accouchement prématuré. Quelques heures après l'accouchement, la malade mourut dans un accès de suffocation. Mon ami, le docteur Tillaux, alors prosecteur de la Faculté, voulut bien se charger de la dissection de la tumeur et constata que la glande thyroïde hypertrophiée comprimait la trachée. »

Cette observation vous prouve, Messieurs, que sous l'influence de la grossesse les goîtres préexistants peuvent s'accroître au point de devenir suffocants, de même que le corps thyroïde peut alors augmenter de volume sans avoir été préalablement altéré dans sa structure. Je regrette que nous ne trouvions pas dans ce court exposé du fait quelques détails relatifs à la nature des lésions anatomiques, car il y aurait un grand intérêt à savoir si dans ce cas la glande avait été uniquement le siége d'une congestion ; il me semble probable que les goîtres passagers liés à l'état puerpéral doivent être surtout constitués par une hypérémie plus ou moins prononcée, mais, dans quelques cas, à cette hypérémie succède une altération persistante du parenchyme, constituant de véritables goîtres hypertrophiques (1).

(1) M. A. Ollivier (*Maladies chroniques d'origine puerpérale* — *Arch.*

Les *goîtres vasculaires*, et j'entends par là les tumeurs où la dilatation des vaisseaux constitue la principale altération, sont rares et par cela même leur symptomatologie est peu connue; les descriptions que nous en ont données Walther, Larrey et Chélius sont vagues et insuffisantes; quant à moi, je n'ai jamais vu de tumeurs du corps thyroïde comparables en tous points au goître anévrysmatique de ces auteurs. Toutefois, il existe une variété de goître qu'on observe fréquemment et qui, au double point de vue anatomique et clinique, doit être rangée dans la classe des goîtres vasculaires, je veux parler des tumeurs du corps thyroïde qui s'accompagnent d'exophthalmie et qui, pour cette raison, ont été nommés *goîtres exophthalmiques*.

Je n'entreprendrai point, Messieurs, l'étude d'une maladie qui est essentiellement du domaine de la médecine, toutefois, je vous rappellerai que vous avez pu voir, il y a peu de temps, à la consultation de cet hôpital, une jeune fille qui, préoccupée d'un goître dont le début remontait à quelques mois, avait cru devoir s'adresser à un chirurgien.

de médecine, 1873) décrit ainsi les modifications imprimées à la structure du corps thyroïde par l'état puerpéral.

Le *goître puerpéral* apparaît habituellement vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse. Il peut être *subaigu et passager*; *aigu et suffocant* ou revêtir la forme *chronique*.

Le *goître subaigu et passager* se développe lentement, et rarement il atteint des dimensions considérables; quelquefois même il peut passer inaperçu. Il ne détermine ni gêne de la respiration, ni douleur. L'accouchement terminé, il diminue graduellement de volume.

Le *goître aigu* peut se comporter comme une véritable thyroïdite aiguë et se terminer par suppuration. Il peut donner lieu à des accès de suffocation.

Le *goître chronique* survenu lentement pendant la grossesse, reste stationnaire après l'accouchement ou subit de nouveaux accroissements après chaque nouvelle grossesse. Ces goîtres chroniques peuvent aussi augmenter rapidement de volume à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, comprimer la trachée, s'enflammer et même suppurer.

La malade était âgée d'une vingtaine d'années et paraissait extrêmement délicate. Petite, chétive, pâle et offrant une apparence de cachexie assez prononcée, elle nous parla d'abord de sa tumeur du cou en insistant sur les palpitations dont elle souffrait depuis longtemps. A première vue, nous reconnûmes un goître, mais en même temps nous fûmes frappés de la saillie des globes oculaires et de l'expression bizarre du regard qui avait quelque chose de fixe et d'égaré. Il n'y avait pas à s'y tromper, nous avions affaire à un goître exophthalmique, à cette affection complexe, inconnue encore aujourd'hui dans son essence, qui a été désignée sous les noms de maladie de Basedow ou de Graves, de cachexie exophthalmique, etc.

Le goître n'était pas très-gros; le corps thyroïde avait conservé à peu près sa forme normale, quoiqu'il eut triplé de volume; on distinguait nettement les deux lobes de la glande recouverts par une peau que la distension du réseau veineux sous-jacent faisait paraître bleuâtre. La tumeur était indolente, assez molle, quoiqu'irréductible, et animée de battements expansifs très-apparents; à l'auscultation on y entendait un souffle continu à renforcements isochrones à la systole ventriculaire, et la main appliquée à sa surface percevait un frémissement cataire des plus nets.

Je vous ai dit que la malade se plaignait de palpitations, celles-ci nous furent expliquées par la violence des battements du cœur qui frappait fortement la paroi thoracique; il existait un bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur, souffle qui se prolongeait dans les vaisseaux du cou. Enfin nous avons compté de 110 à 120 pulsations à la minute, si j'ai bonne mémoire.

Je ne veux pas vous parler plus longtemps, Messieurs, de cette malade à laquelle j'ai conseillé de consulter non pas

un chirurgien, mais un médecin, je me contenterai seulement de vous faire remarquer qu'elle présentait la triade des symptômes qui caractérisent habituellement la maladie de Graves : troubles circulatoires, goître et exophthalmie. Sans discuter la nature de l'affection, sans chercher à savoir si c'est une névrose liée à un état de chloro-anémie engendrant le souffle cardiaque, les palpitations, etc., ou si le goître en est l'élément essentiel, je tiens à fixer votre attention sur les caractères de la tumeur thyroïdienne, véritablement vasculaire, et à insister sur la nécessité qui s'impose à nous, en présence d'un goître, de rechercher dans certains cas les symptômes qui appartiennent à la maladie de Basedow. Parfois l'exophthalmie est peu apparente ou nulle; le corps thyroïde lui-même est souvent à peine tuméfié; il faut donc apporter le plus grand soin dans l'examen des malades, pour distinguer les formes frustes de l'affection, formes si bien décrites par Trousseau.

Le diagnostic des tumeurs du corps thyroïde, c'est-à-dire des goîtres, est en général chose facile, mais pour arriver à une précision absolue il ne faut pas se contenter de spécifier le siége de la tumeur, on doit encore en déterminer la nature.

Quand le corps thyroïde a conservé à peu près sa forme, quelque volume qu'il ait acquis et quelques modifications qui soient survenues dans sa consistance, toute erreur est pour ainsi dire impossible à commettre; lorsque la tumeur présente des mamelons ou des lobes assez saillants pour que la forme de la glande soit méconnaissable, son siége sur la ligne médiane du cou, en avant de la trachée et du larynx, les mouvements d'ascension et de descente qu'elle exécute, lorsque le larynx se déplace pendant la déglutition,

doivent nous faire présumer qu'elle occupe le corps thyroïde. N'oubliez pas cependant que les goîtres très-volumineux peuvent être absolument immobiles, surtout lorsqu'ils sont en partie enclavés sous le sternum.

Le diagnostic est quelquefois difficile lorsque la tumeur est latérale et cachée sous le sterno-mastoïdien ou plutôt recouvert par lui; dans ce cas, on pourrait croire à une altération quelconque des ganglions lymphatiques de la région qui si souvent forment des masses énormes tantôt d'une dureté fibreuse, tantôt molles et fluctuantes et pouvant simuler des kystes. Ces tumeurs ganglionnaires, dont un grand nombre rentrent dans la classe de ce qu'on appelle aujourd'hui les lymphadénomes, mais qui parfois sont cancéreuses ou sarcomateuses, donnent lieu à presque tous les symptômes des goîtres; elles compriment et surtout dévient la trachée et les gros vaisseaux et causent de la dyspnée ou même de véritables accès de suffocation; le cancer ganglionnaire peut envahir le corps thyroïde, mais dans la plupart des autres variétés de tumeurs des ganglions cervicaux, cette glande reste intacte, tout en pouvant se trouver comprimée par la masse morbide et même s'atrophier. Dans ces cas embarrassants, on s'appuie pour affirmer l'origine ganglionnaire de la tumeur sur la forme de celle-ci, souvent un peu en chapelet surtout au début, sur la présence de ganglions durs et roulant sous le doigt dans la région sus-claviculaire du même côté ou du côté opposé, lorsque la tumeur est l'expression d'une maladie générale comme l'adénie ou la leucocythémie, sur son indépendance de la trachée et sur son immobilité pendant les mouvements du larynx; enfin il va sans dire qu'on doit chercher attentivement à distinguer les deux lobes du corps thyroïde, ce qui est loin d'être toujours facile, et qu'il faut

étudier avec soin la marche de la maladie, ainsi que les conditions probables de son développement, l'état général du sujet, etc.

Le diagnostic entre une tumeur ganglionnaire et un goître formé exclusivement aux dépens d'un lobule accessoire du corps thyroïde est presque impossible, lorsque la tumeur est latérale; si, au contraire, celle-ci est médiane et fait saillie au-dessus du sternum, l'absence en ce point de tout ganglion lymphatique rend fort vraisemblable l'hypothèse d'un goître. La tumeur est-elle au contraire sous-sternale et produit-elle des accidents dyspnéiques? la percussion nous indique qu'elle occupe le médiastin, mais nous ne pouvons pas alléguer de raisons positives en faveur de son origine thyroïdienné, dans le cas où le corps thyroïde n'est pas altéré.

Que dire, Messieurs, de la confusion qui a quelquefois été commise entre un anévrysme de la carotide primitive et un goître latéral ordinaire, c'est-à-dire hypertrophique, si ce n'est qu'elle suppose un examen du malade bien superficiel ou un ensemble de symptômes très-exceptionnellement observés? Dans le premier cas, la tumeur est animée de battements expansifs; dans le second, elle est simplement soulevée par le vaisseau, et Boyer conseille de faire fléchir la tête du malade en avant pour s'assurer que les battements ne sont que communiqués.

Ce serait surtout, Messieurs, un goître vasculaire sous-sternal qui pourrait être pris pour un anévrysme soit de la crosse de l'aorte, soit du tronc brachio-céphalique, et je veux à cette occasion vous citer un fait intéressant qui appartient à M. Nélaton et que je trouve consigné dans la thèse de M. Houel : « Il s'agissait d'une tumeur du corps thyroïde située derrière le sternum et qui faisait à peine saillie au-

dessus de cette pièce osseuse dans la région cervicale. Il était facile de sentir chez ce malade, en touchant la partie appréciable de la tumeur, que celle-ci était pulsatile et réductible.

L'auscultation donnait un bruit de souffle très-prononcé, mais il était impossible de percevoir le double bruit qui se rencontre dans certains anévrysmes.

Le malade fut soumis à un traitement iodé, quitta l'hôpital, puis y rentra environ six mois après sans avoir éprouvé d'amélioration notable. La tumeur, qui était même plus volumineuse, donnait lieu à des symptômes graves de compression, mais cette fois l'auscultation permit d'entendre un bruit de souffle à double courant.

Le malade ayant succombé à une lésion intercurrente, on constata à l'autopsie les altérations suivantes : La tumeur était située entre la trachée-artère et le tronc brachio-céphalique, comme cela avait été reconnu pendant la vie. Les gros vaisseaux droits et gauches étaient aplatis et étalés à sa surface et semblaient en former la paroi ; la crosse de l'aorte elle-même était déprimée et fort adhérente à la masse morbide. La trachée était déformée au point que la section de ce tube aérien imitait à la coupe une ouverture étroite et allongée. L'examen des vaisseaux qui se rendaient à la tumeur servit de guide pour la délimiter et l'on reconnut qu'elle se continuait manifestement avec les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures. Elle avait le volume du poing et la coupe démontra qu'il s'agissait d'une tumeur vasculaire développée dans l'intérieur du lobe droit de la thyroïde.

L'orifice ventriculaire aortique était le siége d'une insuffisance et d'un rétrécissement valvulaires et M. Nélaton pensa que, vu l'adhérence intime de la tumeur à la crosse

de l'aorte, le double bruit qui existait au niveau de la base du cœur s'était propagé à la masse morbide. »

L'existence d'un goître reconnue, il importe, Messieurs, d'en déterminer la nature. On s'appuiera pour établir ce diagnostic sur la consistance de la tumeur, sur la rapidité plus ou moins grande de son développement et sur quelques symptômes particuliers. Les caractères des goîtres vasculaires vous sont connus, ainsi que ceux du goître aigu. Un accroissement brusque survenu dans le volume d'une tumeur solide vous fera songer à un épanchement sanguin interstitiel, une consistance un peu molle et pâteuse vous permettra de reconnaître un goître gélatineux ou colloïde, tandis que vous pourrez présumer une transformation fibreuse ou crétacée de la tumeur si vous lui trouvez une consistance très-ferme et pierreuse.

Je n'ai rien à dire des carcinomes et des sarcomes qui, lorsqu'ils occupent le corps thyroïde, se présentent avec leurs caractères habituels, auxquels se joignent ceux des goîtres en général, et je reviens à notre malade, dont la tumeur me paraît en grande partie kystique. Elle est en effet franchement fluctuante, et la rapidité de son accroissement depuis le mois de juin dernier me porte à croire qu'il s'agit là non pas d'un de ces goîtres mous, quoique solides, qui simulent souvent des tumeurs liquides, mais bien d'un véritable kyste.

L'absence de souffle et de battements me fait repousser, bien entendu, toute idée de goître vasculaire. La fluctuation dans le cas actuel a d'autant plus de valeur qu'elle est analogue à celle qu'on constate à la palpation de poches médiocrement tendues et un peu flasques, je me crois donc autorisé à la considérer comme de la fluctuation vraie, tout en n'ignorant pas que les goîtres peuvent être fluctuants,

comme certaines tumeurs du testicule, sans contenir de liquide, de même qu'un kyste peut offrir la dureté d'une masse solide par le fait de la tension ou de l'épaisseur de ses parois.

Quelques auteurs, et en particulier M. Voillemier, ont été trop disposés, suivant moi, à assigner comme siége à la plupart des kystes séreux du cou le tissu cellulaire de la région dans laquelle ils se développent. Comme M. Houel, qui dans sa thèse de concours a combattu l'assertion de M. Voillemier, je crois que le plus grand nombre des kystes qui apparaissent en avant de la trachée et au voisinage du corps thyroïde ont pour point de départ une ou plusieurs vésicules glandulaires dilatées. Mais un kyste primitivement développé dans le corps thyroïde peut finir par paraître étranger à la glande, car à mesure qu'il s'accroît, il refoule le parenchyme et devient de plus en plus superficiel. Ici la situation de la tumeur et son adhérence à la trachée, avec laquelle elle se meut à chaque mouvement de déglutition, ne nous permettent guère de douter que nous ayons affaire à un goître; et ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que le malade nous dit avoir été réformé pour une petite grosseur qu'il portait depuis l'âge de dix-huit ans en avant de la trachée, grosseur qui était vraisemblablement formée aux dépens du corps thyroïde.

On retrouve, ce me semble, dans la tumeur actuelle un vestige de ce goître primitif sous forme d'un noyau solide reposant sur le conduit aérien ; quant au goître que porte le malade aujourd'hui il est latéral et siége dans le lobe gauche de la glande; je le répète, il est kystique presque en totalité.

La plupart des kystes du corps thyroïde existent ainsi d'un seul côté et par conséquent ont plus de tendance à

dévier la trachée latéralement qu'à la comprimer d'avant en arrière. Je vous ai cependant fait remarquer qu'ils peuvent, comme les tumeurs solides et vasculaires, produire des accidents de suffocation.

Leur surface est habituellement lisse quand ils sont uniloculaires, dans le cas contraire des bosselures plus ou moins marquées indiquent parfois le nombre des poches.

Les tumeurs kystiques ont une consistance en rapport avec le nombre et le volume des loges ainsi qu'avec l'épaisseur de leurs parois; rarement on peut y constater de la transparence, car le liquide qu'elles contiennent n'est qu'exceptionnellement tout à fait séreux, quand elles ont acquis un diamètre suffisant pour qu'on puisse les isoler et les examiner à la lumière transmise.

Les kystes volumineux, uniloculaires et médiocrement tendus sont ceux au niveau desquels la fluctuation est le plus nettement perceptible; un excès de distension de la poche par le liquide donne à la tumeur une dureté trompeuse, aussi une ponction est-elle toujours très-utile, soit pour prouver la nature kystique du goître, soit pour éclairer sur le nombre des loges et sur les qualités du liquide.

Chez notre malade la tumeur est lisse, sans bosselures, peu tendue et partout également fluctuante, si ce n'est près de la trachée; je crois donc à un kyste uniloculaire; il est impossible de rechercher la transparence, mais je ne pense pas que le liquide soit franchement séreux; vu l'accroissement rapide du goître et l'épaisseur des parois du kyste, il me paraît probable qu'il s'est produit dans la cavité une succession de petites hémorrhagies, et le sang, par suite des altérations diverses de sa matière colorante, aura sans doute contribué à donner au contenu de la tumeur une teinte brunâtre plus ou moins foncée; en un mot, je crois que le

liquide présentera la plus grande analogie avec celui que renferment les anciennes hydrocèles à parois épaisses et vascularisées, désignées sous le nom d'hematocèles à cause de leur contenu habituel.

Je ne vous parlerai pas, Messieurs, du traitement du goître en général. L'usage des préparations iodées prises à l'intérieur n'a donné que rarement quelques bons résultats dans les cas de goître hyperplasique. L'action des courants continus sur les tumeurs parenchymateuses du corps thyroïde n'est encore que bien imparfaitement connue; quant aux injections interstitielles de perchlorure de fer ou de teinture d'iode, méthode préconisée surtout par M. Luton (de Reims), leur efficacité parait réelle dans certains cas, mais je le répète je ne veux pas aborder ici dans son ensemble la grande question du traitement des tumeurs du corps thyroïde, et je l'envisagerai uniquement au point de vue des kystes.

Lorsqu'un goître donne lieu à des accès de suffocation pénibles pour les malades et même inquiétants pour leur vie, ou lorsqu'il est la cause d'une dyspnée continue qui menace d'aboutir à l'asphyxie, l'indication est absolue, il faut diriger contre la tumeur un traitement actif et promptement actif. Si celle-ci appartient à l'une de ces formes parenchymateuses où l'élément kystique est insignifiant, on peut suivre le conseil de Bonnet et sectionner quelques-une des fibres musculaires qui empêchent le goître de se développer en avant et le refoulent contre la trachée; dans quelques cas de goître suffocant enclavé entre la colonne vertébrale et le sternum, on a pu, par des procédés divers, déplacer la tumeur et la fixer dans une situation moins défavorable; enfin, il y a des circonstances où il est permis de

tenter l'extirpation (1) du corps thyroïde sans être taxé de témérité, mais, lorsqu'un goître est kystique, n'est-il pas indiqué, Messieurs, de pratiquer tout d'abord l'évacuation du liquide en présence d'accidents rendant nécessaire une prompte intervention chirurgicale ?

Dans le cas actuel on pourrait alléguer, en faveur de l'expectation, l'absence d'accidents graves et le volume relativement médiocre du kyste. Voyons cependant s'il ne convient pas d'intervenir.

Notre malade se plaint en premier lieu d'être tourmenté depuis longtemps déjà par une petite toux sèche dont il attribue la cause à son goître, et de plus il accuse une dysphagie notable depuis que celui-ci s'est développé davantage. Ces troubles fonctionnels seraient-ils suffisants pour légitimer à eux seuls une opération? Je le crois, mais en outre il ne faut pas oublier que le kyste, qui en cinq ou six mois a acquis son volume actuel, c'est-à-dire à peu près la grosseur d'une orange, ne s'arrêtera pas là, sans doute, dans son accroissement. Le malade est exposé à voir augmenter les troubles de la déglutition dont il se plaint déjà, et peut-être a-t-il en outre à redouter les accidents qui peuvent résulter de la compression de la trachée, si la tumeur prend une nouvelle et rapide extension. Il y a donc, suivant nous, tout avantage à pratiquer promptement une opération qui tôt ou tard doit devenir indispensable.

Vous devinez le mode de traitement auquel nous allons avoir recours. Vous savez que la plupart des kystes guérissent après une ou plusieurs ponctions suivies de l'évacuation du liquide et d'une injection iodée, et vous

(1) M. Michel (de Nancy) a publié sur ce point un intéressant travail qui renferme des faits importants à l'appui de cette opinion.

ne voyez sans doute pas d'obstacle à ce que nous traitions comme une hydrocèle un kyste du corps thyroïde. Une ponction évacuatrice suivie d'une injection de teinture d'iode, telle est, en effet, l'opération que j'ai l'intention de pratiquer.

Avant de faire venir le malade, je veux cependant, Messieurs, appeler votre attention sur une particularité qui appartient aux kystes du corps thyroïde, et qu'il est indispensable d'avoir présente à l'esprit chaque fois que l'on plonge le trocart dans une de ces tumeurs. Vous vous rappelez qu'il y a quelques instants j'insistais sur la vascularité des parois des goîtres kystiques, et je vous faisais remarquer combien il est fréquent de trouver du sang plus ou moins altéré dans le contenu des kystes du corps thyroïde.

Je veux vous signaler un phénomène qui se produit souvent lorsqu'on ponctionne une tumeur semblable à celle-ci, et qui inspirerait, sans aucun doute, un certain effroi au chirurgien qui en ignorerait la cause. Quand on pratique une ponction dans un kyste du corps thyroïde, il peut arriver qu'il s'échappe par la canule un jet de sang rutilant, soit au début de l'écoulement du liquide, soit à la fin. Les premiers opérateurs qui furent témoins d'un pareil fait craignirent d'avoir blessé quelque tronc artériel important, et s'effrayèrent de cette hémorrhagie qu'ils ne prévoyaient pas; or, il faut savoir qu'en général celle-ci s'arrête d'elle-même, et qu'elle est due à la rupture de quelques-uns des vaisseaux qui rampent dans les parois kystiques. Cette rupture se produit lorsque la pression excercée sur les vaisseaux par le liquide de la tumeur diminue brusquement au moment où le kyste est ponctionné ou incisé. En général, je le répète, cet écoulement sanguin

n'est pas un accident grave, et il ne contre-indique même pas l'injection iodée, ainsi que le prouvent plusieurs observations et entre autres une qui appartient à Velpeau ; toutefois on a cité quelques exemples d'hémorrhagie mortelle à la suite d'une simple ponction d'un kyste du corps thyroïde, et l'état des parois de la tumeur expose celle-ci à la suppuration, ce qui peut avoir des conséquences graves dans la région du cou.

Le pronostic des kystes du corps thyroïde est donc plus sérieux que celui des autres kystes, et leur traitement par la ponction suivie d'une injection iodée présente une moins grande sécurité. Vous devez savoir qu'un certain nombre de chirurgiens ont observé, après l'injection iodée, des accidents dus à une inflammation trop violente et mal limitée de la poche. En pareille occurrence, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer de larges incisions pour combattre les phénomènes inflammatoires. La crainte de voir se développer cette inflammation consécutive a conduit quelques chirurgiens, et à leur tête Bonnet (de Lyon), à substituer aux injections dans la cavité kystique l'ouverture de la poche et sa modification à l'aide des caustiques, notamment à l'aide de la pâte de Canquoin appliquée en plusieurs temps successifs. C'est là une pratique recommandable, à laquelle je n'hésiterais pas à avoir recours, s'il s'agissait d'un kyste présentant un très-grand volume.

Dans le cas actuel, je vais exécuter devant vous, Messieurs, l'opération classique que vous connaissez tous ; j'évacuerai le liquide du kyste à l'aide d'un trocart à hydrocèle, et je ferai dans la poche une injection de teinture d'iode légèrement étendue d'eau, même dans le cas où il s'échapperait par la canule une certaine quantité de sang.

J'espère que, si cette complication survenait, l'hémorrhagie serait promptement arrêtée ; dans le cas contraire, j'inciserais le kyste afin de tamponner sa surface interne, et je chercherais les jours suivants, par tous les moyens possibles, à atténuer la réaction inflammatoire et à prévenir les fusées purulentes.

Fin de l'observation. — M. Labbé pratiqua au centre du kyste une ponction avec le trocart à hydrocèle. Il s'écoula d'abord un liquide noirâtre analogue à celui que contiennent les hématocèles vaginales ; puis il sortit du sang presque pur et rutilant. Cet écoulement sanguin n'empêcha pas M. Labbé de faire une injection de teinture d'iode coupée d'eau ; l'orifice de la canule fut alors bouché avec le doigt, afin que le mélange pût séjourner quelques instants dans le kyste ; celui-ci augmenta notablement de volume, ce qui indiqua qu'il se produisait dans sa cavité un suintement sanguin abondant. Bientôt cependant les dimensions de la tumeur cessèrent de s'accroître ; à l'aide de pressions on fit sortir par la canule une certaine quantité d'un coagulum assez épais, mais on ne put vider le kyste en totalité. On retira la canule et l'on appliqua sur la piqûre de la baudruche collodionnée.

Le soir, légère réaction fébrile, quelques symptômes d'iodisme ; la tumeur a augmenté légèrement de volume ; œdème de voisinage ; déviation de la trachée à droite plus prononcée qu'avant l'opération. Un peu de dysphagie ; pas de gêne de la respiration.

Les jours suivants l'œdème augmente. M. Labbé craint la suppuration du kyste, et se tient prêt à inciser celui-ci largement ; mais le gonflement diminue (onctions avec l'onguent napolitain belladoné, cataplasmes) ; la tumeur durcit, la dysphagie disparaît, et le kyste se comporte comme une hydrocèle simple de la tunique vaginale. La tumeur diminue de jour en jour, et le malade quitte l'hôpital au bout de six semaines, ne présentant plus qu'un très-petit noyau d'induration à gauche de la trachée.

VINGTIÈME LEÇON

DES ECTROPIONS

Granulations palpébrales. : Anatomie pathologique et traitement. — Ectropions muqueux. — Ectropions musculaires, sénile et paralytique. — Ectropions traumatiques et cicatriciels. — Blépharorrhaphie. — Blépharoplastie.

Messieurs,

Nous avons en ce moment dans nos salles plusieurs malades qui, à la suite d'affections différentes ou d'accidents divers, sont restés atteints de la même difformité ; tous ont la paupière inférieure plus ou moins renversée en dehors, au point que sa surface muqueuse se trouve exposée au contact de l'air sur une certaine étendue; en un mot ces malades sont atteints de ce qu'on nomme un *ectropion*.

La physionomie et le traitement de l'ectropion varient suivant les causes qui ont produit la difformité, et chacun de ces malades doit subir aujourd'hui une opération différente.

Au n° 3 est couché un homme de quarante-six ans, qui porte une tumeur du corps thyroïde, dont je vous ai parlé il y a déjà quelques jours, et dans laquelle vous m'avez vu faire une injection iodée. Aujourd'hui le kyste a diminué notablement de volume, toute réaction fébrile a cessé, et nous pouvons songer à guérir ce malade d'une blépharite

granuleuse qui constitue pour lui une infirmité encore plus gênante que ne l'était sa tumeur du cou.

Comme la plupart des malades atteints de blépharite chronique, cet homme a une expression de visage particulière; ses yeux sont rouges, ses paupières sont gonflées et de plus ne se ferment qu'incomplétement; la cornée, il est vrai, peut être recouverte par les voiles membraneux destinés à la protéger, mais quelque loin que soit poussée la contraction de l'orbiculaire, les paupières inférieures ne parviennent pas à se mettre parfaitement en contact avec les supérieures par leur bord libre; elles se renversent en dehors et, au niveau de la ligne qui répond à la fente palpébrale, apparaît un bourrelet rougeâtre, formé par la muqueuse épaissie et granuleuse.

Cet homme nous raconte que l'hiver dernier il commença à ressentir dans les deux yeux quelques picotements, et qu'il éprouvait la sensation que cause d'ordinaire la présence de graviers, ou de tout autre petit corps étranger entre les paupières.

Ses yeux devenaient fréquemment rouges et pleuraient avec la plus grande facilité, surtout quand ils étaient exposés au froid; le matin les cils étaient souvent collés par une matière muco-purulente sécrétée pendant la nuit.

Les symptômes ne présentèrent jamais une grande gravité; il n'y avait pas de douleurs péri-orbitaires, la vue n'était pas obscurcie, mais de temps à autre la rougeur des yeux augmentait, et la sensation de gravier se prononçait de jour en jour davantage; enfin, les paupières devinrent plus lourdes, un larmoiement continuel s'établit, le clignement exigea pour s'accomplir quelques efforts, et lorsque le malade entra à l'hôpital, le 21 août, nous le trouvâmes dans l'état suivant: Ses paupières semblaient épaissies, les

supérieures étaient lisses, sans plis ; elles ne se relevaient et ne s'abaissaient que lentement et avec peine ; les inférieures étaient renversées légèrement en dehors, et leur bord libre dévié dans ce sens n'arrivait pas au contact du bord ciliaire des paupières supérieures. Les cils ne présentaient aucune déformation, mais ils étaient agglutinés par des mucosités purulentes ; par suite du renversement des paupières inférieures, il y avait un léger épiphora. Les cornées étaient saines, parfaitement transparentes, et la conjonctive oculaire, quoique assez injectée, ne formait qu'un léger chémosis séreux, mais la conjonctive palpébrale présentait des lésions importantes. Sur l'une et l'autre paupière, la muqueuse était tomenteuse, épaissie, hérissée de granulations serrées les unes contre les autres, arrondies et séparées par des sillons peu profonds. Ces granulations s'étendaient du grand angle de l'œil à l'angle externe, et commençaient à deux ou trois millimètres du bord libre ; elles augmentaient de volume en se rapprochant des culs-de-sac qu'elles effaçaient, et à ce niveau elles étaient en quelque sorte confluentes ; toutefois elles ne se prolongeaient pas sur la conjonctive oculaire. Leur coloration était grisâtre et rougeâtre par place, surtout à la paupière inférieure, dans la portion qui répond au cartilage tarse ; leur consistance paraissait mollasse, les plus rouges étaient les plus dures. Ces granulations étaient supportées par un tissu évidemment épaissi, infiltré de matière plastique : aussi la muqueuse palpébrale inférieure ainsi boursouflée faisait-elle hernie entre les paupières qui ne pouvaient être qu'incomplétement fermées.

Aujourd'hui les yeux du malade nous offrent le même aspect ; les symptômes subjectifs consistent dans quelques picotements et dans une légère pesanteur des paupières ;

il existe toujours un peu d'épiphora, et comme l'affection n'a nullement rétrogradé sous l'influence du traitement institué pour la combattre, nous nous sommes décidé à pratiquer une opération radicale. Ce malade, Messieurs, vous offre un exemple d'*ectropion muqueux*, et cet ectropion est produit dans le cas actuel par des *granulations palpébrales*.

Celles-ci constituent une maladie dont la nature a beaucoup préoccupé les cliniciens et les anatomo-pathologistes, qui lui ont imposé tour à tour des noms différents. Disons d'abord qu'elle est essentiellement chronique; chez notre malade, elle a débuté lentement, sans symptômes inflammatoires aigus; la conjonctive palpébrale est devenue granuleuse sans que cette altération ait succédé ni à une ophthalmie purulente ni à une ophthalmie blennorrhagique; il n'y a eu au début qu'un peu de conjonctivite catarrhale. Souvent ces granulations se développent à la suite des conjonctivites purulentes, et elles constituent une de leurs terminaisons les plus habituelles; quelques auteurs même, Thiry entre autres, n'admettent pas d'autre étiologie, mais nous sommes moins exclusif, et la divergence d'opinion qui sépare les ophthalmologistes ne tient du reste qu'aux distinctions subtiles que ceux-ci ont établies entre les diverses espèces de granulations.

La conjonctive, vous le savez, se compose de deux couches : une couche épithéliale et un chorion muqueux qu'on nomme aussi corps papillaire, à cause des petites élevures qu'il présente. Ces papilles n'existent pas sur la conjonctive oculaire; sur la conjonctive palpébrale elles sont très-petites au niveau du cartilage tarse, deviennent plus volumineuses près de son bord postérieur, et enfin dans les culs-de-sac elles présentent une large base,

mais une moins grande élévation. Ce chorion muqueux contient des glandes; je ne parle pas, bien entendu, des glandes de Meïbomius ni des conduits excréteurs de la glande lacrymale, mais dans le stroma même de la conjonctive on trouve, surtout dans le sillon oculo-palpébral supérieur, des glandes en acinus décrites par Krause, et qui d'après lui sécrètent des larmes. Des glandes en tube ont été aussi signalées, même au niveau des cartilages tarses; enfin il existe des glandes lymphatiques semblables aux follicules clos de l'intestin dans la moitié interne des culs-de-sac; ces follicules toutefois ne sont pas constants.

Ces considérations anatomiques vous permettront de comprendre la nature des diverses variétés de granulations observées dans la clinique. Les plus fréquentes seront de simples hypertrophies papillaires et répondront, si elles sont petites, à ce que l'on a appelé *granulations miliaires*; ces hypertrophies, développées sous l'influence d'un état inflammatoire aigu ou chronique de la muqueuse, constituent les *granulations papillaires*, les *trachomes papillaires* de Stellwag. Elles sont rouges, pointues ou arrondies et, ainsi que l'anatomie pouvait le faire présumer, elles atteignent leur volume maximum au niveau des culs-de-sac; elles ne sont au contraire que peu développées sur les cartilages tarses où les papilles normales sont extrêmement petites. Ces granulations ne consistent qu'en une hyperplasie d'un élément préexistant de la muqueuse; aussi M. Wecker les appelle-t-il *fausses granulations*; mais outre ces faux trachomes il peut se faire sous l'épithélium une exsudation plastique où il se produira du tissu cellulaire de nouvelle formation; des granulations néoplasiques se joindront alors aux granulations hyperplasiques. Ce seront là les vraies granulations, les *vrais trachomes*

de M. Wecker qu'admet aussi M. Gosselin. Ces granulations néoplasiques ne contiennent que peu de substance intercellulaire au début, mais celle-ci devient ensuite plus abondante, et la granulation s'organise en tissu connectif.

La réunion de ces deux variétés de granulations, papillaires et néoplasiques, forme les *trachomes mixtes*. Les granulations néoplasiques sont plus molles que les autres, elles siégent de préférence dans les culs-de-sac et au niveau du bord postérieur des tarses, mais elles peuvent aussi se rencontrer sur la conjonctive bulbaire, car leur développement n'est pas lié à la présence des papilles qui manquent sur cette portion de la muqueuse ; leur couleur est grisâtre, chair de saumon, et on les a aussi comparées à des grains de tapioca cuit ; elles ne contiennent pas de vaisseaux.

Il y a enfin, Messieurs, une dernière espèce de granulations qu'on a nommées *vésiculeuses* ou *folliculeuses*. Celles-ci sont peu nombreuses, espacées, grisâtres, d'un petit volume et non charnues comme les précédentes, mais creuses et contenant un liquide visqueux. M. Gosselin les croit formées par une accumulation de liquide dans un follicule oblitéré ; M. Wecker pense, au contraire, que ce sont là des glandes lymphatiques hypertrophiées avec prolifération des cellules qu'elles contiennent normalement. Quel que soit leur point de départ, ces granulations sont les plus rares de toutes, et leur gravité est bien moindre que celles des granulations papillaires et néoplasiques. On peut difficilement d'ailleurs distinguer cliniquement ces deux dernières variétés l'une de l'autre, et nous n'attachons qu'une médiocre importance à ce diagnostic.

Les auteurs allemands considèrent les trachomes vrais comme plus rebelles que les trachomes papillaires, et leur

font jouer le rôle principal dans la rétraction de la conjonctive palpébrale consécutive à leur transformation en tissu fibreux; le fait est vrai, mais nous entendrons par trachomes, ou par granulations palpébrales, les trachomes mixtes qui sont de beaucoup les plus communs.

Chez notre malade, les lésions ne sont pas encore très-avancées; les granulations en sont encore à leur période d'augment, mais si on ne les arrêtait pas dans leur développement, elles pourraient envahir plus tard la conjonctive bulbaire et produire des désordres de la cornée. Il est, en effet, fréquent de voir la cornée s'altérer chez les granuleux; cette membrane, irritée par le frottement qu'exerce sur elle une membrane irrégulière, est troublée dans sa nutrition, elle se vascularise, et sa transparence diminue ou disparaît par la formation d'un pannus partiel ou total. A la suite des granulations palpébrales, on voit encore survenir une autre complication qui n'est pas sans importance; au début de la maladie, le chorion muqueux boursouflé fait basculer légèrement le cartilage tarse inférieur, et produit un certain degré d'ectropion; la doublure est plus longue que l'étoffe, suivant la comparaison de Louis. Plus tard, si les granulations néoplasiques subissent la transformation fibreuse, l'étoffe devient plus longue que la doublure, et il se forme des brides qui attirent le bord libre des paupières vers les culs-de-sac. L'entropion succède à l'ectropion, et constitue une difformité qu'il faut chercher à corriger.

J'ai voulu insister, Messieurs, sur l'anatomie pathologique des granulations, pensant qu'il serait utile de vous exposer clairement et en peu de mots les diverses opinions qui ont cours à ce sujet dans la science; je n'avais pas l'intention de vous faire l'histoire de la blépha-

rite granuleuse, et je ne vous exposerai pas la symptomatologie de cette maladie; je vous indiquerai seulement le traitement que je considère comme le plus efficace pour la combattre, et auquel je dois avoir recours chez le malade de notre service.

Dans la blépharite granuleuse au début, lorsque les granulations sont exclusivement papillaires, rouges et peu saillantes, on peut avec avantage employer les cautérisations avec le crayon de sulfate de cuivre, ou le crayon de sulfate d'argent mitigé, ou bien encore les badigeonnages avec un liquide composé par parties égales d'eau distillée et de sous-acétate de plomb; mais, quand on est en présence de ces granulations mixtes qui remplissent les culs de-sac et couvrent la face interne des deux paupières, ces cautérisations sont souvent insuffisantes, et en tous cas elles n'amènent la guérison qu'au bout d'un temps fort long. Les scarifications n'ont pas non plus d'utilité réelle, mais nous avons à notre disposition un mode de traitement puissant et sans danger, auquel je ne saurais trop vous engager à recourir; il a donné de nombreux succès à M. Richet dans ce service même, et, pour mon compte, je ne vois pas les reproches qui pourraient lui être adressés.

Voici, Messieurs, l'opération que je vais pratiquer devant vous: Après avoir fait abaisser la paupière inférieure, je saisirai la muqueuse palpébrale à l'aide de pinces à griffes, et, avec des ciseaux courbes, je l'exciserai largement; j'agirai de même sur la paupière supérieure, après l'avoir retournée; là où les pinces ne pourront pas mordre, je tondrai la conjonctive ou je raclerai les granulations avec le tranchant d'un kératotome. J'aurai surtout soin d'attirer la muqueuse des culs-de-sac, afin de l'exciser sur toute sa longueur. Cette opération est douloureuse pour le malade

et pénible pour le chirurgien qui, après le premier coup de ciseaux, opère un peu au hasard au milieu du sang coulant en abondance : aussi vous recommanderai-je de commencer par la paupière inférieure, pour ne pas être gêné par l'hémorrhagie qui succède à l'excision de la muqueuse palpébrale supérieure. Il ne faut pas redouter les larges pertes de substance; l'important est d'enlever toutes ou presque toutes les granulations; il n'y a aucun inconvénient à exciser la muqueuse des culs-de-sac. Cette tonsure de la conjonctive n'est suivie que d'un gonflement passager des paupières, l'hémorrhagie s'arrête après quelques applications de compresses imbibées d'eau froide, enfin l'on produit des plaies qui se cicatrisent rapidement, et dont on peut hâter la guérison par des cautérisations légères avec le crayon de nitrate d'argent.

Les cicatrices qui succèdent à l'excision sont linéaires et transversales; il se forme à la face interne des paupières des tractus blanchâtres parallèles les uns aux autres, et leur rétraction, suffisante pour faire disparaître l'ectropion, en rendant à la muqueuse son étendue normale, n'est pas assez énergique pour produire un entropion; cette rétraction est certes moins forte que celle des brides qui résultent de la transformation fibreuse des trachomes, brides irrégulièrement disposées et souvent perpendiculaires au bord libre des paupières.

L'ectropion qui accompagne si souvent la blépharite granuleuse avant la période de transformation fibreuse des trachomes est un *ectropion muqueux* ou conjonctival; il est encore désigné sous le nom d'*ectropion chronique* ou *sarcomateux*, et serait mieux appelé, suivant nous, *trachomateux*.

Il peut exister aussi un *ectropion muqueux*, *inflamma-*

toire ou aigu, quand la conjonctive palpébrale, gonflée dans l'ophthalmie purulente, par exemple, fait basculer le cartilage tarse sur son axe et éloigne l'un de l'autre les deux bords palpébraux. Lorsque l'orbiculaire se contracte, l'ectropion augmente, mais le muscle ne joue dans la production de la difformité qu'un rôle secondaire. Il n'en est pas de même dans une autre forme d'ectropion qu'on observe fréquemment chez les vieillards, et qui a reçu pour cette raison le nom d'*ectropion sénile*. Vingt fois peut-être, Messieurs, vous avez eu occasion d'observer cette difformité, surtout à la campagne, dans les pays pauvres, chez les individus mal nourris, mal logés, misérables et débilités. La paupière inférieure est complétement renversée, et la conjonctive est rouge, épaissie, tomenteuse ; mais il n'y a pas là de granulations, et les lésions de la muqueuse sont, non pas la cause, mais la conséquence de l'ectropion. Cet ectropion ne porte jamais que sur la paupière inférieure, il est double et total. C'est là un *ectropion musculaire ;* il est le fait, non d'une contracture, mais d'une atonie de l'orbiculaire, et s'il se produit surtout chez les gens âgés : c'est que dans la vieillesse, les muscles sont souvent grêles, flasques et peu puissants.

Dans cette forme d'ectropion, la paupière inférieure se renverse en dehors par son propre poids, le releveur peut à peine soutenir la paupière supérieure : aussi celle-ci tend-elle à s'abaisser, mais en s'abaissant elle protége la cornée qui le plus souvent ne s'altère pas. La conjonctive palbébrale inférieure, au contraire, subit à la longue diverses modifications. Exposée sans cesse au contact de l'air, irritée par les corps qui voltigent dans l'atmosphère et viennent se fixer sur elle sans pouvoir être balayés par le clignement, desséchée enfin par le fait de l'évaporation

incessante des larmes, cette membrane s'épaissit, son épithélium se change en un véritable épiderme. Il s'accomplit là un travail de cutisation de la muqueuse.

Chez les malades atteints depuis quelque temps de paralysie faciale, on observe aussi quelquefois cette même variété d'ectropion, si, bien entendu, l'orbiculaire n'a pas échappé à la paralysie des muscles animés par la septième paire.

Dans ce service était couché récemment au n° 8 un homme âgé d'une soixantaine d'années, qui fut pris subitement, sans doute sous l'influence du froid, d'une paralysie du nerf facial droit; l'orbiculaire se contractait peu, les voiles palpébraux ne se rapprochaient pas, mais la paupière supérieure offrait un abri à la cornée pendant le sommeil; la paupière inférieure offrait un léger degré d'ectropion accompagné, comme cela arrive presque toujours, d'épiphora; non-seulement, en effet, les larmes glissaient sur la paupière comme sur un plan incliné, mais le point lacrymal inférieur, renversé en dehors par suite de la paralysie du muscle de Horner, ne les aspirait plus.

A moins que la paralysie faciale ne soit double, vous distinguerez ces ectropions paralytiques des ectropions séniles ou par simple atonie musculaire, par leur siége d'un seul côté. Le traitement des deux variétés n'est pas absolument identique, quoique le principe en soit le même; dans l'ectropion paralytique, l'orbiculaire est soumis à la fortune des autres muscles animés par la septième paire; il recouvre souvent sa contractilité, soit spontanément, soit sous l'influence de la faradisation; quant à l'ectropion sénile, on pourrait essayer de le guérir en électrisant l'orbiculaire, ou chercher à atténuer la difformité

en réunissant, après les avoir avivés, les bords de la commissure externe; mais il faut convenir que ces différents modes de traitement nous offrent peu de chances de succès.

Il existe, Messieurs, une variété d'ectropion qui se rattache jusqu'à un certain point aux ectropions muqueux, car c'est encore le gonflement du tissu cellulaire sous-conjonctival qui renverse en dehors le bord palpébral; mais ce gonflement n'est que secondaire, quoiqu'il joue le premier rôle dans l'étiologie de la difformité. Je veux parler de ces ectropions qui succèdent à un traumatisme, à une plaie de la paupière. Lorsqu'un instrument tranchant a divisé la paupière inférieure verticalement, en intéressant son bord libre et le cartilage tarse, si la plaie n'est pas réunie par première intention, les fibres de l'orbiculaire produisent par leur contraction un écartement de chacune des lèvres; l'œdème sous-conjonctival fait alors basculer le cartilage, en produisant un ectropion; mais celui-ci peut guérir, si après la disparition du gonflement, on pratique la suture des bords de la solution de continuité. C'est là ce qu'on appelle un *coloboma traumatique*.

L'ectropion est encore plus prononcé, si, à la suite d'une morsure de la paupière inférieure par exemple, il existe deux plaies contuses verticales et intéressant le cartilage, distantes l'une de l'autre de un ou deux centimètres, comme j'en ai observé un cas. Le lambeau moyen, malgré les points de suture destinés à le maintenir dans une situation verticale, se tuméfie et son bord libre se renverse en dehors; les cils se dirigent alors verticalement en bas et se collent à la peau. Lorsque le malade ferme les paupières, ou pour mieux dire, lorsqu'il baisse la paupière supérieure, la conjonctive qui répond au lambeau moyen

déborde les cils supérieurs, et apparaît à l'extérieur sous forme d'une tumeur rouge suppurante et granuleuse. Il est impossible de replacer le bord palpébral et le cartilage tarse dans leur position normale, à cause de l'infiltration de la paupière, et les plaies se cicatrisent vicieusement. L'ectropion diminue avec le gonflement inflammatoire du tissu sous-conjonctival, mais les extrémités du lambeau ne peuvent pas être régulièrement affrontées aux surfaces qui appartiennent au reste de la paupière, et son bord tranchant, au lieu de s'appliquer sur le globe oculaire, en reste éloigné; les cils, par conséquent, se trouvent déviés en bas, et ne peuvent reprendre leur direction normale.

C'est là une variété d'ectropion traumatique sur laquelle les auteurs ont peu insisté; la paupière inférieure, toujours plus fréquemment atteinte que la supérieure, se renverse par son propre poids et sous l'influence du gonflement inflammatoire des tissus; la rétraction de la peau ne joue ici qu'un rôle insignifiant, et l'ectropion ne peut pas être considéré comme cicatriciel, puisque la difformité se produit aussitôt après la blessure et tend à diminuer avec le temps.

Nous avons dans nos salles, au n° 15, un homme qui nous offre un exemple d'*ectropion traumatique* et *cicatriciel* tout à la fois, c'est-à-dire d'ectropion produit par le fait même du traumatisme, et exagéré plus tard par la rétraction cicatricielle des téguments. Cet homme a trente-cinq ans; il reçut pendant la guerre une balle qui lui détacha la paupière inférieure gauche, en la frappant à son extrémité interne, sans intéresser ni le sac lacrymal, ni le globe oculaire; la chose est à peine croyable, mais nous voyons tous les jours le hasard produire des lésions étranges, que la main la plus habile ne pourrait causer. Sans doute le pro-

jectile aura frappé très-obliquement l'extrémité interne du rebord orbitaire inférieur et rasé les os de dedans en dehors sans les fracturer. Quoi qu'il en soit, la paupière inférieure détachée resta flottante sur la joue qui avait subi au niveau de l'os malaire une large perte de substance. On ne tenta pas de remettre la paupière en place, et après une suppuration fort longue, le malade guérit, mais au prix de quelle difformité !

Voici, Messieurs, l'état dans lequel nous trouvons cet homme aujourd'hui : la paupière supérieure de l'œil gauche est intacte, le malade l'abaisse assez complétement pour recouvrir en totalité le globe oculaire qui ne présente aucune altération, mais il n'y a plus de cul-de-sac oculo-palpébral inférieur ; la conjonctive bulbaire se continue par un plan très-incliné avec une surface rouge vif, ne suppurant pas, sèche, lisse et absolument semblable à une membrane muqueuse, surface qui occupe un espace triangulaire, limité de la façon suivante : en haut, un des bords du triangle répond à ce qui devrait être le cul-de-sac inférieur, et s'étend de la caroncule à l'angle externe des paupières; de l'angle interne part un bord cicatriciel qui descend obliquement en dehors, jusqu'au-dessous de l'apophyse malaire du maxillaire supérieur, à 3 centimètres en dehors de l'aile du nez, et qui tomberait sur une ligne fictive horizontale tirée au-dessous des narines et prolongée en dehors ; ce bord cicatriciel répond à l'union de la surface muqueuse dont nous avons parlé avec la peau. Enfin le bord externe du triangle est constitué par le bord libre de la paupière inférieure, verticalement dirigé de l'angle externe de la paupière supérieure à l'extrémité inférieure de la ligne cicatricielle dont nous avons indiqué la direction et les limites.

Vous le voyez, le bord libre de la paupière inférieure, au lieu d'être à peu près parallèle à celui de la paupière supérieure, est devenu vertical et fait avec celui-ci un angle droit; il semble qu'il ait entraîné la conjonctive du cul-de-sac en la tiraillant et en l'allongeant. Évidemment cette portion de la muqueuse oculo-palpébrale n'avait pu suffire à recouvrir une aussi large surface que celle qui occupe l'espace que je vous ai délimité; il est probable que la conjonctive se sera déchirée; les os mis à nu et lésés par le projectile se seront exfoliés, ils se seront recouverts de bourgeons charnus, et nous avons là, sous les yeux, ces bourgeons qui se sont nivelés et à la surface desquels il s'est produit une mince couche de cellules épithéliales. Cette cicatrice, dont l'aspect est absolument celui d'une muqueuse, est en effet très-adhérente aux os, et il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement.

Quant à la paupière déplacée, pourquoi n'a-t-elle pas été attirée en haut par la cicatrice? Pour s'expliquer le fait il faut examiner avec soin la région orbitaire externe, et l'on aperçoit au devant de l'arcade zygomatique une ligne cicatricielle qui part de l'angle inférieur du triangle muqueux que nous avons décrit pour se diriger en haut et en dehors, et se terminer à la hauteur du sourcil et à trois centimètres en dehors de sa queue. Dans toute cette région, les cicatrices et la peau elle-même sont adhérentes au squelette. Or la peau de la paupière inférieure déplacée avec le bord ciliaire s'est soudée aux os et s'est réunie par son bord inférieur, devenu externe, aux téguments qui recouvrent la pommette; la rétraction cicatricielle a donc dû avoir pour conséquence de l'attirer en dehors ou tout au moins de la maintenir à sa nouvelle place, tandis que la muqueuse de nouvelle formation développée aux dépens des os exfoliés

n'avait aucune tendance à l'attirer en haut, puisque rien ne sollicitait sa rétraction dans ce sens.

Si je cherche maintenant à m'expliquer pourquoi il s'est formé une sorte de membrane muqueuse à la place où devrait exister une cicatrice ordinaire, il me semble que je puis en trouver la raison dans la lubréfaction continuelle du nouveau tissu par les larmes; celles-ci en effet n'étant plus aspirées par le point lacrymal inférieur, et n'ayant plus de lac où elles puissent momentanément séjourner, coulent sans interruption sur la surface triangulaire sous-jacente au rebord orbitaire, et elles y entretiennent un état d'humidité éminemment favorable à la formation des cellules épithéliales semblables à celles des membranes muqueuses. Quant au bord ciliaire, il est presque intact, quoique déplacé; les cils sont bien vivants et se dirigent horizontalement en dehors, parallèlement les uns aux autres; en bas se voit le point lacrymal situé sur sa petite crête mousse. Il est inutile d'ajouter que ce point lacrymal n'aboutit à aucun conduit, et qu'un stylet d'Anel introduit dans sa cavité ne tarde pas à buter contre le fond d'un cul-de-sac.

Notre malade est atteint d'un *ectropion traumatique* total et aussi complet que possible, puisque la paupière inférieure n'est pas seulement renversée en dehors mais entraînée bien loin de sa situation normale; cet ectropion est en même temps cicatriciel, car la paupière est maintenue dans sa position vicieuse par son adhérence aux os et par son union avec la peau de la région malaire.

Les ectropions cicatriciels ne sont que rarement aussi prononcés, et il est exceptionnel qu'une paupière soit ainsi transportée de toutes pièces à une certaine distance du

globe oculaire; en général le voile palpébral est renversé plus ou moins complétement en dehors, mais ses deux extrémités restent en place.

L'ectropion peut, bien entendu, affecter l'une ou l'autre des paupières, ou les deux à la fois, et dans ces cas le globe de l'œil reste parfois complétement à découvert, mais la paupière inférieure est celle qui est le plus fréquemment le siége de la déformation. En laissant de côté les causes les plus habituelles de l'ectropion, on peut expliquer cette particularité par la facilité plus grande avec laquelle le mouvement de bascule s'exécute en bas; voyez, lorsque vous voulez examiner les culs-de-sac oculo-palpébraux, combien il est aisé d'abaisser la paupière inférieure; pour retourner la paupière supérieure, au contraire, il est assez difficile de détacher du globe de l'œil le cartilage moulé sur lui, et l'on n'y parvient qu'en saisissant le bord ciliaire, et en pressant sur le cartilage tarse de façon à en refouler le bord supérieur directement en bas.

Il y a en outre une cause d'ectropion beaucoup plus fréquente en bas qu'en haut : je veux parler de la *carie du rebord orbitaire*. Il semble que la partie externe de l'arcade orbitaire soit un siége de prédilection pour ces abcès ossifluents qui succèdent à une ostéo-périostite de nature généralement syphilitique et surtout scrofuleuse. Je vais opérer aujourd'hui un petit malade de huit ans qui doit nous être amené tout à l'heure, et que vous avez pu examiner ces jours derniers; il y a un an, à la suite d'une rougeole, un abcès se développa, sans grande réaction, un peu au-dessous de l'angle externe de l'œil gauche. Cet abcès s'ouvrit spontanément et fut long à se fermer; il sortit par l'orifice fistuleux quelques petites parcelles osseuses, et la mère de l'enfant nous dit que le

médecin a constaté à l'aide d'un stylet que l'os était malade. Ceci ne nous étonne point, et la cicatrice déprimée, adhérente au squelette qui a succédé à cet abcès, vous indique clairement, en l'absence même de tout commémoratif, que l'os malaire a subi une perte de substance. Cette cicatrice est transversale, rosée, linéaire, et a entraîné en bas dans sa rétraction le tiers externe de la paupière inférieure; il existe donc deux sillons parallèles et superposés, l'un qui répond à la cicatrice déprimée et adhérente, l'autre supérieure au premier, formé par un pli cutané au-dessus duquel se voit le bord ciliaire abaissé. La paupière bâille en dehors, le tiers externe de la face postérieure du cartilage tarse regarde en haut, en avant et en dehors, et la conjonctive est à ce niveau rouge et légèrement épaissie ; un peu de pus s'écoule sur les cils et les agglutine en se desséchant. Quant au globe de l'œil, il est suffisamment recouvert par la paupière supérieure et les deux tiers internes de la paupière inférieure; il ne présente aucune altération.

C'est là, Messieurs, l'*ectropion latéral externe*, le plus commun des ectropions par cicatrice cutanée adhérente, consécutive à une altération osseuse. Ces ectropions partiels sont parfois internes; ils peuvent être supérieurs, si l'ostéo-périostite a frappé l'arcade orbitaire supérieure ; mais ces cas sont beaucoup plus rares. Déjà, il y a un mois, j'ai opéré un enfant qui présentait un ectropion exactement semblable à celui-ci, et je sais que M. Richet en a observé trois cas analogues cette année à la clinique. Il a de plus pratiqué une blépharoplastie qui a été suivie du meilleur résultat, chez une malade qui est restée longtemps dans ce service comme infirmière et que beaucoup d'entre vous ont pu voir.

Ces abcès ossifluents ne sont donc pas propres à l'en-

fance, mais ils sont cependant plus communs dans le jeune âge, et la rougeole, dont je vous ai déjà signalé le rôle important dans l'étiologie des maladies des os, est souvent le point de départ de ces ostéo-périostites de l'arcade orbitaire. Pourquoi cette portion du squelette est-elle si fréquemment atteinte à la suite de la rougeole? Peut-être est-ce par le fait de la conjonctivite, qui est une des complications les plus habituelles de cette fièvre éruptive. Mais pourquoi est-ce surtout au tiers externe du rebord de l'orbite que se localisent les altérations? On a invoqué les traumatismes qui, portant fréquemment sur l'os de la pommette à cause de son relief et de sa situation superficielle, peuvent agir comme cause déterminante. Quant à nous, cette explication, dont nous ne nions pas la valeur, est loin de nous satisfaire d'une manière absolue. Quoi qu'il en soit, rappelez-vous que la rougeole est souvent suivie d'une carie ou d'une nécrose des os de la face, et qu'à l'élimination des séquestres peuvent succéder des difformités variées. C'est ainsi que chez une jeune fille de vingt-deux ans, couchée au n° 13, il est survenu, à la suite d'une rougeole, une ostéo-périostite qui s'est terminée par la nécrose d'une portion de l'arcade orbitaire inférieure, au-dessous du grand angle de l'œil gauche. Ici il n'y a pas d'ectropion, mais il existe une perforation large comme une pièce de dix sous, qui met le sinus maxillaire en communication avec l'extérieur. La malade, en fermant la bouche et en serrant les narines, fait passer l'air par ce trou dont les contours osseux sont bordés par la peau assez profondément invaginée. Pour ne pas avoir à revenir sur cette malade avant de l'opérer, je vous dirai qu'il me suffira, pour guérir la difformité, de décoller les téguments, puis de réunir les lambeaux par deux

ou trois points de suture ; l'opercule cutané ainsi formé masquera la perforation, mais il ne reposera sur aucun plan solide; à chaque inspiration et dans les expirations violentes, surtout quand la bouche ne sera pas largement ouverte, il flottera comme un voile mal tendu, exposé à la pression exercée par l'air sur chacune de ses faces alternativement, sur sa face interne pendant l'expiration, sur sa face cutanée dans l'inspiration. On pourrait parer à cet inconvénient par l'application d'un obturateur, mais un appareil de ce genre serait disgracieux, et on peut espérer qu'avec le temps les téguments s'épaissiront et se tendront assez pour former une lame à peu près toujours immobile.

A côté des renversements de la paupière par cicatrices adhérentes consécutives à des pertes de substances osseuses, je placerai ceux qui succèdent à des brûlures *du quatrième degré*, détruisant les téguments en totalité et intéressant même parfois les os. Ces cicatrices souvent très-vastes produisent un ectropion soit partiel, latéral interne, ou latéral externe, soit total; la paupière est dans ce dernier cas, complétement renversée, et le point le plus déclive (je ne parle ici que des ectropions de la paupière inférieure) est en général le milieu du bord palpébral. Ces ectropions, suite de brûlures, sont des plus rebelles lorsque la cicatrice agit sur toute la peau de la paupière, de son bord adhérent à son bord libre. Il n'en est plus de même quand la brûlure a été superficielle et n'a produit qu'une bride qui s'insère au voisinage du bord ciliaire. Le cartilage bascule d'autant plus facilement que la cicatrice tire sur un point central limité de son bord libre, mais une simple section de la bride peut permettre au tarse, *lorsque la peau est saine presque par-*

tout, de basculer en sens inverse, et de reprendre sa situation verticale.

Vous avez vu, Messieurs, un exemple de *ces ectropions par bride cicatricielle* chez ce jeune garçon d'une dizaine d'années qui s'est présenté récemment à notre consultation. Il avait été brûlé en plusieurs endroits, vers l'âge de cinq ou six ans; une vaste et profonde cicatrice maintenait son avant-bras gauche fléchi à angle droit sur le bras; une bride partant de la fossette du menton allait s'insérer sur la partie moyenne du bord cutané de la lèvre inférieure, et renversait en dehors la muqueuse qui affectait la forme d'un gros bourrelet; enfin, une bride tout à fait analogue produisait un ectropion total de la paupière inférieure gauche, en allant se fixer sur le milieu du bord palpébral, très-près des cils, et sur une étendue très-limitée.

Je n'insisterai pas davantage sur les lésions susceptibles de déterminer un ectropion cicatriciel. Toute perte de substance de la peau des paupières ou des téguments au voisinage des paupières peut, quelle qu'en soit l'origine, amener le renversement en dehors du bord palpébral supérieur ou inférieur. Suivant le *siége de la cicatrice* et suivant *sa largeur*, l'*ectropion* sera *total* ou *partiel*.

Quant au *pronostic*, il différera selon la cause et la variété de l'ectropion. L'ectropion muqueux, aigu ou chronique, inflammatoire ou trachomateux, n'est en quelque sorte qu'un symptôme, une déformation temporaire. L'ectropion cicatriciel est une difformité, c'est-à-dire une déformation permanente, succédant à des maladies ou à des lésions diverses, et qui à son tour s'accompagne de symptômes lui appartenant en propre.

Il est inutile d'insister sur l'aspect repoussant des malades atteints d'ectropion, et ne serait-ce là que le seul

inconvénient de la difformité, les opérations les plus compliquées seraient justifiées par la nécessité de rendre aux traits l'harmonie qui leur fait si complétement défaut, mais les opérations dirigées contre l'ectropion ne sont pas seulement des opérations de complaisance, car celui-ci peut amener du côté de l'œil les désordres les plus sérieux. Si la difformité siége à la paupière inférieure, ces complications sont plus rares ou plus tardives; elles peuvent même manquer dans les cas d'ectropion partiel; la paupière supérieure en effet suffit pour recouvrir le globe oculaire, et pour lui conserver son intégrité, mais à la longue la conjonctive palpébrale s'enflamme chroniquement, et sécrète une petite quantité de pus qui peut finir par irriter la conjonctive bulbaire et la cornée. L'ectropion siége-t-il au contraire à la paupière supérieure? S'il est partiel, la cornée, pendant le sommeil, va se réfugier sous la portion du voile palpébral qui peut lui fournir un abri, mais, s'il est total, la paupière inférieure n'est pas assez haute pour protéger cette membrane, et la laisse constamment exposée au contact de l'air et des poussières qui voltigent dans l'atmosphère. Quelquefois les bourrelets conjonctivaux, qui peuvent être très-volumineux dans ces cas, viennent former au devant du globe de l'œil une sorte de tablier, mais cette protection est en général insuffisante, et une semblable disposition doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle.

L'œil court donc de grands dangers dans ces cas d'ectropion total de la paupière supérieure, et le péril est encore plus grand si l'ectropion est double; tout mouvement de clignement est alors supprimé, et les larmes, n'étant plus étalées et maintenues sur les surfaces qu'elles sont chargées de lubrifier, s'écoulent sur la joue comme chez notre ma-

lade dont la paupière inférieure est déplacée en totalité. Cet épiphora contribue dans une certaine mesure à l'altération de la cornée ; l'évaporation des larmes est plus active et produit une dessication des surfaces qui normalement doivent être humides ; la conjonctive palpébrale rougit, s'épaissit et devient parfois granuleuse ; dans certains cas son aspect se rapproche de celui de la peau.

Quant à la conjonctive oculaire, dans l'ectropion double ou dans l'ectropion de la paupière supérieure, elle s'enflamme assez rapidement et se vascularise ; enfin à la conjonctivite se joint bientôt une kératite qui, d'abord aigue passe ensuite à l'état chronique. Si l'inflammation est vive, la cornée peut s'ulcérer promptement et se perforer ; si le globe de l'œil n'est pas absolument à découvert, on voit survenir lentement un certain degré d'opacité de la cornée ; celle-ci se trouble, des vaisseaux l'envahissent par ses bords, des exsudats plastiques interstitiels s'organisent, et il se développe un pannus qui produit une perte de transparence contre laquelle il n'y a que peu de remède.

Vous le voyez, l'opération de l'ectropion peut être une opération urgente : dans certains cas, la restauration de la paupière est seule susceptible d'enrayer la marche d'accidents qui aboutissent finalement à la perte de la vision ; l'indication est formelle, il faut mettre la cornée qui s'altère à l'abri du contact de l'air, en lui rendant un voile sous lequel elle puisse se réparer. Dans d'autres variétés d'ectropions, l'opération a pour but de faire disparaître une difformité et de prévenir une kératite qui peut survenir plus tard.

Je ne reviendrai pas sur le traitement des ectropions muqueux, et quant aux ectropions musculaires séniles, il y en a peu qu'on puisse guérir.

Les ectropions cicatriciels, au contraire, peuvent être efficacement combattus, et l'on peut dire que leur traitement est un des triomphes de la chirurgie.

En général, l'opération destinée à rétablir la paupière dans sa situation normale ou à en constituer une nouvelle ne doit pas être différée trop longtemps ; mais si l'on songe à utiliser, comme lambeau, le tissu cicatriciel, il faut attendre un certain temps pour savoir au juste sur quelle surface on peut compter ; la rétractilité d'une cicatrice n'est pas en effet indéfinie comme le pensait Delpêch : sa durée est limitée, et au bout d'une année on peut admettre approximativement, que la cicatrice a l'étendue qu'elle conservera toujours.

Il est aussi indispensable de tenir compte de l'état général du sujet et de la cause de l'ectropion. Si une perte de substance a été produite par une affection gangréneuse, par une pustule maligne par exemple, on doit hésiter à porter trop tôt le bistouri sur des tissus qui vivent mal, et qui auraient une grande tendance à se gangrener ; il faut donner à la vie plastique le temps de se réveiller, si l'on ne veut pas voir des lambeaux entiers se mortifier, et une difformité plus affreuse que la première être le seul résultat des efforts tentés.

Lorsque la paupière inférieure n'est que déplacée ou abaissée comme chez deux de nos malades, il faut replacer le cartilage tarse dans une direction verticale, ramener le bord ciliaire au contact du bord libre de la paupière supérieure, et maintenir ce contact assez longtemps, pour que la difformité ne se reproduise pas.

Quelle que soit la cause de l'ectropion, quelle que soit l'opération qu'on pratique, il est toujours indiqué de maintenir rapprochés les deux bords palpébraux ; on peut quel-

quefois y parvenir par la compression exercée, comme le faisait Scarpa, au moyen de deux petites compresses placées sur le bord supérieur et sur le bord inférieur de l'orbite; ou bien encore en réunissant les bords ciliaires à l'aide de bandelettes agglutinatives. Straetfield a conseillé l'emploi d'un anneau de caoutchouc; tous ces moyens mécaniques sont aujourd'hui abandonnés justement pour une opération dont l'idée appartient à M. Mirault (d'Angers), et qui consiste dans la suture des deux paupières, c'est-à-dire en une *blépharorrhaphie.*

Lorsqu'on a mobilisé la paupière d'une manière suffisante pour permettre à son bord libre d'être juxtaposé à celui auquel il doit être réuni, on pratique de la manière suivante l'avivement des surfaces que, dans un deuxième temps, on suturera. On saisit avec des pinces à griffes très-fines, avec les pinces dites à dents de souris, l'extrémité interne de l'arête ordinairement tranchante du bord palpébral, arête sur laquelle s'ouvrent les conduits des glandes de Meïbomius, et qui s'applique normalement sur le globe oculaire. Ceci fait, on traverse sa base avec un ténotome, ou mieux avec le kératotome, et l'on enlève toute la longueur de ce bord tranchant jusqu'à l'angle externe de l'œil, en soulevant avec les pinces le lambeau déjà détaché qui sert ainsi à fixer la paupière et à l'écarter du globe de l'œil pendant la section. On peut encore pratiquer l'avivement avec des ciseaux courbes, mais je préfère le kératotome dont la lame acérée et très-mince traverse et coupe très-nettement les tissus.

Cette petite opération pratiquée d'abord sur la paupière inférieure, puis en dernier lieu sur la supérieure, afin que le sang ne gêne pas le chirurgien dans ce second avivement, on a deux surfaces saignantes larges de 2 millimètres et si-

tuées en arrière des cils qui se trouvent ainsi respectés. Pour les réunir, vous vous servez de fils métalliques ou de fils de soie très-fins, et vous cherchez à obtenir un affrontement aussi exact que possible. Comme M. Richet qui les emploie avec succès dans toutes ses autoplasties, je me sers de ces fils capillaires, qu'on passe avec une aiguille extrêmement fine qui ne meurtrit pas les tissus, et presque toujours j'obtiens une cicatrisation immédiate qui me permet d'enlever les points de suture le deuxième ou le troisième jour.

En suivant les règles que je viens de vous tracer, on obtient une occlusion complète des paupières. M. Mirault a tenté de ne réunir celles-ci qu'à l'aide de trois petites brides correspondant à trois points avivés, mais ces sortes de points ne sont pas en général assez résistants pour lutter contre la tendance qu'ont parfois les voiles palpébraux à s'écarter.

Il est indispensable, bien entendu, de ménager les points lacrymaux; il reste alors dans le grand angle de l'œil un orifice permettant, si la cornée est malade, de faire des injections avec un liquide médicamenteux, et laissant un passage libre à l'écoulement du pus qui peut être sécrété sous les paupières, et qu'il serait dangereux d'y laisser séjourner. Enfin, il faut pratiquer un avivement net et régulier, afin que quand on désunit les paupières, leur bord nécessairement émoussé soit le moins difforme possible.

Telle est, Messieurs, l'opération que nous pratiquerons chez nos deux malades, et si je vous l'ai décrite avant de vous parler des temps qui la précéderont, c'est que la *blepharorrhaphie* est une opération bien définie et praticable, quelle que soit la variété d'ectropion qu'on veuille guérir. Très-souvent elle est préventive, et la *blépharorrhaphie* évi-

terait bien des difformités si on la faisait après l'ablation de certaines tumeurs de la base des paupières, après une brûlure des parties molles de la joue, ou pendant la cicatrisation d'un abcès ossifluent développé au voisinage de la cavité orbitaire. Pendant tout le temps que persisterait la rétractilité des cicatrices susceptibles de produire un ectropion, l'occlusion des paupières serait maintenue, et celui des deux bords ciliaires qui pourrait être entraîné se trouverait soutenu par sa fusion avec le bord opposé.

C'est, sans doute, un ennui pour les malades d'avoir ainsi un œil emprisonné, mais il faut savoir attendre et ne pas désunir les paupières trop tôt sous peine de perdre tous les bénéfices de l'opération. L'occlusion doit durer un mois, un an, deux ans même parfois, suivant l'étendue et la puissance de rétraction des cicatrices voisines de l'orbite. Si, à la suite d'une blépharorrhaphie, il n'existe qu'une très-minime perte de substance, on pourra désunir promptement les paupières; si, au contraire, il reste un vide qui ne peut se combler que par du tissu inodulaire capable d'attirer vers un centre, toutes les parties molles voisines, on ne saurait avoir trop de patience, et il faut résister aux prières des malades toujours disposés à se croire guéris alors que leur plaie est cicatrisée.

La blépharorrhaphie a en outre l'avantage de favoriser la cicatrisation des ulcères de la cornée si souvent consécutifs à l'exposition permanente de l'œil au contact de l'air. L'infirmière que plusieurs d'entre vous ont connue, avait un ectropion de la paupière inférieure et une kératite qui menaçait de lui faire perdre la vue; M. Richet lui restaura la paupière par un procédé que je n'ai pas à vous décrire ici, et fit immédiatement après la blépharorrhaphie, convaincu que la kératite guérirait spontanément; il y a peu de

temps, 18 mois après l'opération, il désunit les paupières et trouva la cornée en excellent état et d'une transparence parfaite.

Cette désunion des paupières se fait d'une manière très-simple. On pratique, à partir de l'extrémité interne de la cicatrice, une incision qui divise les tissus à égale distance des cils de l'une et l'autre paupière, sur une étendue d'un centimètre, et on attend la cicatrisation des deux lèvres de la plaie qui n'ont aucune tendance à se rapprocher; on fait alors une nouvelle incision de même longueur, et ainsi de suite jusqu'à désunion complète des paupières. Ces opérations successives permettent de constater si l'ectropion paraît disposé à se reproduire; s'il en est ainsi, on retarde la désunion complète des paupières.

Je passe sous silence les nombreux procédés de blepharoplastie applicables au traitement de l'ectropion cicatriciel; cette étude nous entraînerait trop loin, et je me contenterai de vous indiquer les opérations que je compte pratiquer chez nos deux malades.

L'un a un ectropion inférieur latéral externe par cicatrice adhérente au squelette; la difformité est ici peu marquée; je débriderai la paupière par une incision à concavité inférieure faite au-dessus de la cicatrice, et je pratiquerai après ce premier temps la blépharorrhaphie suivant la méthode que je vous ai indiquée. Enfin j'enlèverai la cicatrice en ruginant l'os, et je n'aurai qu'une très-petite perte de substance qui se comblera par le rapprochement de toutes les parties molles voisines. Cette nouvelle cicatrice sera elle même adhérente à l'os malaire, mais la paupière étant cette fois fixée ne pourra plus être attirée en bas et restera, j'espère, à sa place.

Notre second malade est bien autrement difficile à gué-

rir, néanmoins voici l'opération que je vais tenter. A un travers de doigt en dehors du bord palpébral qui, vous vous le rappelez, est vertical, je ferai une incision parallèle à ce bord, et je détacherai mon lambeau de l'os malaire sur lequel il est collé; je le ferai pivoter sur son extrémité supérieure, c'est-à-dire sur sa base qui répond à l'angle externe de l'œil, et j'amènerai son bord interne, c'est-à-dire le bord ciliaire, au contact du bord de la paupière supérieure; j'aviverai l'un et l'autre et je les suturerai. J'aviverai, de même, l'extrémité de la ligne cicatricielle oblique qui part de l'angle interne de l'œil, et la paupière inférieure sera reconstituée. La base du lambeau présentera une largeur suffisante pour que sa nutrition soit assurée, et je ferai, s'il le faut, une incision destinée à empêcher la formation d'aucun pli.

Après ces opérations, il restera au-dessous de la nouvelle paupière une très-vaste perte de substance que je chercherai à combler de la manière suivante : je ferai, parallèlement au bord inférieur de la paupière, deux incisions de 4 centimètres qui se dirigeront horizontalement en dehors, l'une supérieure prolongeant le bord libre du lambeau, l'autre inférieure et parallèle à la première, partant du point le plus déclive de la perte de substance; les incisions qui diviseront des tissus cicatriciels circonscriront un lambeau rectangulaire à pédicule externe, large, qui glissera de dehors en dedans, et viendra se placer sous la moitié externe du bord inférieur de la paupière auquel il sera réuni par quelques points de suture; le bord inférieur de ce second lambeau sera également suturé avec la ligne sous-jacente des téguments. Ainsi se trouvera notablement diminuée la surface qui restera à découvert et devra suppurer. Cette surface de forme triangulaire répondra en

haut à la moitié interne de la paupière inférieure, en dedans à la moitié inférieure du bord cutané oblique, en dehors au bord libre du lambeau rectangulaire.

Le seul reproche qu'on puisse, je crois, adresser à mon procédé qui est une combinaison de la méthode française par glissement et de la méthode par pivotement, dérivée elle-même de la méthode indienne, est d'utiliser dans le lambeau rectangulaire une certaine étendue de tissu cicatriciel.

Si j'avais eu affaire à une cicatrice mince, tendue, jeune, j'aurais pu craindre qu'elle ne fût pas assez vivante; mais ici le tissu cicatriciel est ancien, épais, rugueux, et nous savons que le tissu inodulaire, lorsqu'il présente un pareil aspect, est capable de se réunir aux tissus sains; j'espère donc que nos sutures, qui seront faites cependant avec du fil assez fin, ne déchireront pas les lambeaux, et j'ai tout lieu de croire que ceux-ci vivront. Si, par hasard, la cicatrice nouvelle qui va se former au-dessous de la paupière semblait attirer celle-ci assez fortement en bas pour que son union à la paupière supérieure ne lui fournisse pas un point d'appui suffisant, je pratiquerais une autoplastie secondaire, afin d'éloigner autant que possible la nouvelle paupière du petit centre de rétraction cicatricielle que, peut-être, je ne pourrai pas éviter. En tout cas, je ne séparerai les deux bords palpébraux que dans deux ans, et quand même il resterait un certain degré d'ectropion, je m'estimerais heureux d'avoir atténué une difformité qui a atteint des proportions vraiment exceptionnelles.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE LEÇON

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

URÉTHROTOMIE EXTERNE

DEUXIÈME LEÇON

URÉTHROTOMIE INTERNE

TROISIÈME LEÇON

HÉMORRHOÏDES

QUATRIÈME LEÇON

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

CINQUIÈME LEÇON

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DES BOURSES

SIXIÈME LEÇON

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

SEPTIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE

HUITIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE (SUITE)

NEUVIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE (SUITE)

DIXIÈME LEÇON

KYSTES DE L'OVAIRE (SUITE)

ONZIÈME LEÇON

MÉTRORRHAGIES ET CORPS FIBREUX

DOUZIÈME LEÇON

TREIZIÈME LEÇON

QUATORZIÈME LEÇON

QUINZIÈME LEÇON

SEIZIÈME LEÇON

DIX-SEPTIÈME LEÇON

DIX-HUITIÈME LEÇON

DIX-NEUVIÈME LEÇON

DES GOÎTRES

VINGTIÈME LEÇON

DES ECTROPIONS

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2



Léveillé lith

Imp. Lemercier & Cie Paris

Adrien Delahaye, Éditeur

EXPLICATION DE LA PLANCHE

A — Corps fibreux pédiculé.

B — Rein gauche.

C — Kystes de l'organe de Wolff.

D — Corps fibreux interstitiel contenu dans la corne *droite* de l'utérus.

E — Insertion du pédicule au niveau de la corne *gauche* (l'utérus est tordu sur son axe).

F — Ovaire et ligament rond gauches.

G — Ovaire et ligament rond droits.

H — Col utérin.

FIN

